Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Maia, Ana Rita Laureano, 1980-

Despertar na demência : musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado

http://hdl.handle.net/11067/825

Metadados

Data de Publicação 2014-03-14

Resumo O presente trabalho consiste numa descrição e reflexão sobre o estágio de intervenção musicoterapêutica realizado no Centro de Acolhimento Temporário de Emergência a Idosos da Fundação Cebi - Centro de Recursos da Ericeira, com idosos com várias patologias diagnosticadas e avançados estados demenciais associados. O estágio teve a duração de nove meses, durante os quais se efetuaram sessões de musicoterapia em contexto grupal (com três grupos de intervenção musicoterapêutica) e individual (com do...

Palavras Chave Musicoterapia para idosos, Doenças mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Fundação CEBI (Alverca, Portugal). Centro de Recursos da Ericeira - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T11:29:47Z com informação proveniente do Repositório

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Despertar na demência: musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado

Realizado por:
Ana Rita Laureano Maia
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientado por:
Dr.ª Cláudia Vieira Simões

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente:	Prof.ª Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho
Vogal:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Relatório aprovado em: 7 de Março de 2014

Lisboa

2013

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Despertar na demência: musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado

Ana Rita Laureano Maia

Lisboa

Julho 2013

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Despertar na demência: musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado

Ana Rita Laureano Maia

Lisboa

Julho 2013

Ana Rita Laureano Maia

Despertar na demência: musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Musicoterapia.

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientadora de estágio: Dr.ª Cláudia Vieira Simões

Lisboa

Julho 2013

Ficha Técnica

Autora	Ana Rita Laureano Maia
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio	Dr.ª Cláudia Vieira Simões
Título	Despertar na demência: musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MAIA, Ana Rita Laureano, 1980-

Depertar na demência: musicoterapia e os problemas associados da demência no idoso institucionalizado / Ana Rita Laureano Maia ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Cláudia Vieira Simões. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-
II - SIMÕES, Cláudia Vieira, 1972-

LCSH
1. Musicoterapia para idosos
2. Doenças mentais - Tratamento
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Fundação CEBI (Alverca, Portugal). Centro de Recursos da Ericeira - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Mental illness - Treatment
3. Music therapy - Practice
4. Fundação CEBI (Alverca, Portugal). Centro de Recursos da Ericeira - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RC523.M35 2013

Dedico este relatório de estágio às emoções, à amizade, ao amor e ao coração, às viagens pessoais, à partilha, aos cheiros e aos sabores, à vida…

Agradecimentos

O meu agradecimento a todos os professores que fazem parte do Mestrado de Musicoterapia, pela sabedoria, pela partilha, pela orientação, pela disponibilidade, por nos ajudarem a abrir novos horizontes e a crescer no conhecimento.

Um sincero obrigado a toda a equipa técnica da fundação cebi- centro de recursos da Ericeira, pela disponibilidade, pela orientação, pelo carinho, alegria e sabedoria partilhada ao longo de todo o período de estágio, em especial à Drª Filipa Cristóvão, à Drª Claudia Simões, e aos utentes do CATEI – Centro de Recursos da Ericeira, cujo carinho e amizade, foram cruciais.

Um agradecimento especial à minha família e aos meus, por me ajudarem a tornar possível a realização pessoal deste Mestrado.

Ao António e ao Pedro, obrigado…

Pobre Velha Música! Pobre velha música!
Não sei por que agrado,
Enche-se de lágrimas
Meu olhar parado.

Recordo outro ouvir-te,
Não sei se te ouvi
Nessa minha infância
Que me lembra em ti.

Com que ânsia tão raiva
Quero aquele outrora!
E eu era feliz? Não sei:
Fui-o outrora agora.

Fernando Pessoa, in "Cancioneiro"

Resumo

O presente trabalho consiste numa descrição e reflexão sobre o estágio de intervenção musicoterapêutica realizado no Centro de Acolhimento Temporário de Emergência a Idosos da Fundação Cebi - Centro de Recursos da Ericeira, com idosos com várias patologias diagnosticadas e avançados estados demenciais associados. O estágio teve a duração de nove meses, durante os quais se efetuaram sessões de musicoterapia em contexto grupal (com três grupos de intervenção musicoterapêutica) e individual (com dois pacientes acamados). Os resultados da intervenção foram verificados através de uma avaliação qualitativa contínua realizada através de observação clínica ao longo de todo o processo de intervenção terapêutica. Como forma de avaliar a concretização dos objetivos terapêuticos inicialmente delineados, foram aplicadas grelhas de avaliação da intervenção musicoterapêutica (em dois momentos, inicial e final), adaptadas à tipologia da população. Os resultados desta intervenção foram, de um modo geral, considerados positivos, na medida em que contribuiu para uma manutenção de competências e ativação do estado emocional e motor dos pacientes. As mudanças foram visíveis essencialmente dentro do contexto/*setting* terapêutico, e não tanto no espaço exterior ao mesmo. Uma vez que o trabalho de manutenção de competências é essencial no combate à progressão demencial, considera-se de extrema importância dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Demência, Idoso Institucionalizado

Abstract

This paper is a description and reflection on the stage of music therapeutic intervention held in Temporary Shelter of Elderly Emergency in Cebi Foundation –Ericeira Resource Center, with seniors diagnosed with multiple pathologies and advanced dementia associated states. The internship lasted for nine months, during which it was made music therapy sessions in a group context (with three music therapeutic intervention groups) and individually (with two bedridden patients). The results were verified by a qualitative assessment performed by continuous clinical observation throughout the process of therapeutic intervention. As a way to assess the achievements of therapeutic goals initially set, were applied music therapeutic intervention evaluation grids (in two stages, initial and final), adapted to the type of population. The results were, in general, considered positive, in the way that it contributed to maintaining competences and activation of motor and emotional state of the patients. The changes primarily occurred in the context / therapeutic setting, rather than in outer space to the same. Once the maintenance skills work is considered as essential in combating the progression of dementia, it is extremely important to continue the work that has been done.

Keywords: Music Therapy, Dementia, Elderly Institutionalized.

Lista de ilustrações

Ilustração 1 – “ CEBI-CRE”, fotografia do Centro de Recursos da Ericeira em Fonte Boa dos Nabos.....17

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Quadro Representativo da Amostra – grupo A..... 41

Tabela 2 - Quadro Representativo da Amostra - grupo B…….……44

Tabela 3 - Quadro Representativo da Amostra - grupo C…….……45

Tabela 4 - Quadro Representativo da Amostra - intervenção individual……46

Tabela 5 - Agenda Semanal.....50

Tabela 6 - Plano Terapêutico de Musicoterapia da P.D. 58

Tabela 7 - Quadro Representativo das Grelhas de Avaliação da Intervenção Musicoterapêutica em sessões individuais com a P.D. ……...64

Tabela 8 - Plano Terapêutico de Musicoterapia do B.B ……...67

Tabela 9 - Quadro Representativo das Grelhas de Avaliação da Intervenção Musicoterapêutica em sessões de grupo com o B.B. …….……..…….....75

Tabela 10 - Resumo dos resultados do quadro representativo das grelhas de avaliação a intervenção com o grupo A …….……79

Tabela 11 - Resumo dos resultados do quadro representativo das grelhas de avaliação da intervenção com o grupo B ……..…….....82

Tabela 12 - Resumo dos resultados do quadro representativo das grelhas de avaliação a intervenção com o grupo C……85

Tabela 13 - Quadro Representativo das Grelhas de Avaliação Inicial da Intervenção Musicoterapêutica em sessões individuais com o S. …….....87

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CEBI - Centro de Bem-Estar Infantil

CRE - Centro de Recursos da Ericeira

CATEI - Centro de Acolhimento Temporário de Emergência a Idosos

CES - Centro de Emergência Social

ATL - Atividades Tempo Livre

GEP - Gabinete de Estudos e Projetos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AIT - Acidente Isquémico Transitório

MMSE - Mini Mental State Examination

Índice

Introdução.....17

Caracterização da Instituição.....20

A Fundação Cebi.....20

O Centro de Recursos da Ericeira.....21

caracterização da população em geral.....23

caracterização da população alvo.....24

Revisão Bibliográfica.....26

O Envelhecimento.....27

A Demência e Perturbações associadas.....29

O Idoso e a Institucionalização.....32

A Musicoterapia e a Demência.....36

Métodos e Técnicas utilizadas em Musicoterapia com idosos.....40

Objetivos.....42

Metodologia.....43

Participantes.....43

Procedimento.....50

Agenda Semanal.....51

Sessões – Plano Semanal.....54

Método e Técnicas.....54

Recursos Materiais……...…56

Avaliação……...…56

instrumentos de avaliação……..58

Participação em outras atividades……...…….……...…59

Estudos de Caso…….……...….60

Estudo de Caso I – Intervenção Individual…….……60

Descrição do Sujeito……...……..60

Plano Terapêutico……...……..60

Objetivos…….……...…62

Descrição das Sessões……..62

Resultados Finais…….……66

Estudo de Caso II – Intervenção em Grupo……...68

Descrição do Sujeito……...……..68

Plano Terapêutico…….…....69

Objetivos……...…72

Descrição das Sessões……..72

Resultados Finais……76

Outras Intervenções Clínicas……...…….…..79

Discussão de Resultados……..……..91

Reflexão Final……..……..94

Referências Bibliográficas…….…..……..96

Anexos……102

Lista de Anexos……..……103

Introdução

O presente relatório descreve um projeto de intervenção musicoterapêutica realizado na Fundação CEBI- Centro de Recursos da Ericeira (CRE), no âmbito do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

O período de estágio decorreu durante nove meses. A população alvo foram idosos institucionalizados, onde, de um modo geral, a demência era uma síndrome comum diagnosticado a todos os utentes.

A demência consiste numa variedade de sintomas caracterizados por um declínio progressivo das funções cognitivas. Os problemas mentais e comportamentais tornam-se frequentes. Estes problemas influenciam a qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores, levando na maior parte dos casos à institucionalização. Os agentes farmacológicos são frequentemente utilizados para tratar patologias e sintomatologias associadas ao progresso demencial, o que por vezes contribui para o agravamento potencial dos problemas, causando efeitos secundários, uma vez adicionados a outros medicamentos, e despoletando comportamentos que são consequência do efeito da medicação.

Segundo Cohen-Mansfield (2001), a prática de tratamentos alternativos para problemas mentais e comportamentais de doentes com demência é importante, e a musicoterapia tem-se revelado uma forte componente de intervenção terapêutica neste campo. Lin, S.; Yang, P.; Lai, C.; Su, Y.; Yeh, Y.; Huang, M. e Chen, C. (2011) ,num estudo neurocientífico recente, evidenciam o facto de como a musicoterapia pode ser usada como uma terapia alternativa e complementar para o tratamento da depressão, demência, problemas de agitação, insónias, ansiedade, entre outros. A música tem-se revelado cientificamente como um agente capaz de influenciar o complexo neurobiológico e desencadear/ativar processos cerebrais. Tem sido revelado que a capacidade musical permanece preservada em pacientes com demência, mesmo

quando as suas competências linguísticas se encontram deterioradas. Lin et al. (2011) constataram que músicas que sejam significativas e façam parte do passado musical e autobiográfico do paciente antes do mesmo ter demência, tornam-se mais tarde potenciais evocadores de sentimentos e memórias, logo, instrumentos valiosos no combate ao progresso demencial do idoso.

O principal objetivo deste estágio foi adquirir experiência de intervenção em musicoterapia com a população idosa em contexto de lar residencial. Pretendeu-se desenvolver os seguintes objetivos terapêuticos: contribuir para o retardar do processo de demência; desacelerar a deterioração cognitiva; desenvolver competências motoras, sensoriais e cognitivas; proporcionar o bem-estar do paciente; promover a participação social e a integração grupal dos utentes; e diminuir os níveis de ansiedade e depressão. Os resultados da intervenção foram monitorizados através de grelhas de observação, e de uma avaliação qualitativa contínua realizada através de observação clínica ao longo de todo o processo de intervenção terapêutica.

A intervenção decorreu em sessões individuais (com dois pacientes acamados) e em sessões de grupo (com três grupos), ambas com periodicidade semanal, ao longo das quais foram aplicadas técnicas musicoterapêuticas diversas, tendo em conta os objetivos gerais e específicos, traçados e adaptados, a cada intervenção. Os dois estudos de caso identificados foram descritos de forma reflexiva, procurando-se uma fundamentação teórica adequada a cada um deles.

Em termos estruturais, o presente relatório começa por descrever a Fundação Cebi, seguido de um enquadramento teórico de forma a identificar os aspetos de intervenção terapêutica e que procura contextualizar as características do processo de envelhecimento, a demência e as perturbações e patologias associadas, o Idoso e a institucionalização e a aplicação da musicoterapia no retardar do processo demencial no Idoso, assim como uma contextualização teórica da musicoterapia focando as suas principais áreas de atuação nesta população.

A segunda parte deste relatório diz respeito à metodologia, onde serão descritos o processo de

intervenção em si mesmo, e, mais detalhadamente, dois estudos de caso.

A avaliação do progresso dos pacientes realizou-se de forma qualitativa ao longo de todo o processo de intervenção, através de uma observação clínica atenta efetuada pelo estagiário e por técnicos especializados da instituição. Fizeram parte dos processos de diagnóstico e avaliação: a aplicação do *Mini Mental State Examination (MMSE)* por técnico do CRE; o registo de avaliação inicial através de adaptação da grelha de intervenção terapêutica *Music Therapy Assessement and Initiail Treatment Plan* (Schultis, 1995, in Wheeler, Schultis & Polen, 2005). Na tentativa de colmatar a ausência de instrumentos de avaliação destinadas à intervenção musicoterapêutica com este tipo de população, foram criados elementos de avaliação (grelhas de observação) como indicadores do progresso terapêutico na tentativa de estruturar a compreensão dos processos individuais e as dinâmicas de grupo, e grelhas de registo de sessões, onde se efetuou um registo escrito com as impressões mais marcantes de cada sessão, apoiadas pelo suporte audiovisual.

Foi possível verificar e registar, de um modo geral, uma ativação e responsividade à música e à intervenção terapêutica por parte dos pacientes, através de reações emocionais e físicas dos mesmos e de dinâmicas socio-relacionais através da produção musical.

Ao longo de todo o processo foram discutidas ideias nas reuniões de equipa, onde se tornou interessante perceber e analisar a experiência do processo musical e perceber como é que se poderia traduzir e interpretar o que ocorria com os utentes no espaço terapêutico.

Caracterização da Instituição

A Fundação Cebi

Instituída sem qualquer fim lucrativo, a Fundação CEBI, dirige as suas atividades para as crianças, jovens, idosos e famílias, com particular atenção para os mais desfavorecidos e socialmente excluídos com o objetivo central de participar no desenvolvimento integral da comunidade. A natureza da sua intervenção no desenvolvimento comunitário é pautada pelos valores e princípios do humanismo.

A fundação iniciou as suas atividades em Alverca em 1968 como Jardim de Infância, à data CEBI – Centro de Bem-Estar Infantil, tendo vindo a definir o seu crescimento no contexto do desenvolvimento integrado da comunidade local, e criando, ao longo das últimas décadas, respostas adequadas e ajustadas às necessidades sociais emergentes. Com este objetivo tem-se empenhado no apoio e dinamização de iniciativas que visam contribuir para a resolução de problemas nas áreas de educação de crianças e jovens e da saúde, do emprego e da inserção social, bem como, no combate à marginalidade e à exclusão social e económica promovendo a integração e a inclusão de minorias, com particular atenção para os mais desfavorecidos e socialmente excluídos (Santos, 2008).

Neste sentido a fundação cebi, organiza, desenvolve e promove um leque alargado de atividades de apoio a crianças, a idosos e a famílias carenciadas, dispondo de um significativo património em instalações para creches, jardins de infância, escolas, lares de idosos, centros de dia, apoio domiciliário, emergência social e medicina física e de reabilitação, apoiando cerca de três mil famílias.

Atividades da Fundação – Valências

As várias atividades da fundação encontram divididas pelas seguintes valências: apoio a idosos: centro de dia e assistência. O lar da Fundação CEBI constitui-se como uma resposta nos

âmbitos de acolhimento, acompanhamentos e tratamento, face às solicitações de uma população diversificada. Encontra-se a funcionar desde o ano de 1991, é um equipamento com cinco andares dotado de pessoal qualificado, ao dispor da comunidade, composto por um espaço destinado à animação e fototerapia, denominado por "Jardim de Inverno", um ginásio para fisioterapia, um salão de cabeleireiro e ainda uma capela; emergência social: acolhimento; modelo CES; projeto de vida e apoios, o centro de emergência social (CES) destina-se a acolher temporariamente crianças dos dois sexos, com idades até aos 12 anos que se encontrem em situação de risco; intervenção social: apoio social, atendimento, psicologia e comunidade; educação, com uma oferta educativa que vai desde a creche familiar; creche; pré-escolar; 1.º; 2.º e 3.º ciclos e outras atividades: ATL, desporto escolar e clube jovens; gabinete de estudos e projetos; na área da saúde, a clínica de medicina física e reabilitação da Fundação CEBI, disponibiliza um conjunto alargado de atividades e serviços à comunidade desde consultas de fisioterapia e mesoterapia; terapia da fala e terapia ocupacional; entre outros serviços e acordos; e, fototeca.

Fundação CEBI – Centro de Recursos da Ericeira

A criação do Centro de Recursos da Ericeira (CRE), é fruto do crescimento da Fundação CEBI, enquanto instituição e organização de apoio ao indivíduo, família e comunidade. O CRE encontra-se no concelho de Mafra, freguesia da Ericeira, mais propriamente em Fonte Boa dos Nabos, numa quinta de 16 000 m2. O edifício é rodeado de espaços verdes e está distribuído por três pisos. Este equipamento surgiu, assim, para ajudar e colmatar algumas das necessidades do concelho de Mafra, nomeadamente no apoio à infância, famílias em risco e idosos.

Figura 1. *Instalações do Centro de Recursos Fonte Boa dos Nabos - Ericeira*

As práticas de intervenção baseiam-se num modelo ecológico e sistémico, sendo os agentes da comunidade parte integrante no processo de intervenção com essa população. Assim, têm sido desenvolvidas parcerias com diferentes agentes da comunidade, que visam uma maior articulação dos recursos da própria comunidade em que se encontra o equipamento.

caraterização da população

O Centro de Recursos da Ericeira da Fundação CEBI, situado em Fonte Boa dos Nabos, no concelho de Mafra, oferece um conjunto diversificado de serviços de promoção e bem-estar à pessoa idosa. Dispõe de espaços destinados ao alojamento, à animação e ludoterapia.

O acolhimento de Idosos é assegurado através de três respostas - Centro de Acolhimento Temporário de Emergência a Idosos (CATEI), residência assistida e centro de dia. Os serviços, são solicitados por familiares e pelos serviços da segurançasocial.

O Centro de Acolhimento Temporário de Emergência a Idosos, serviço onde se realizou o presente estágio, destina-se ao acolhimento temporário de pessoas idosas cujas famílias ou outros serviços da comunidade, não possam dar resposta às suas necessidades imediatas. Proporciona condições de acolhimento temporário, acompanhamento e encaminhamento de pessoas idosas em situação de risco social grave, contando com uma equipa técnica que dispõe de um corpo de ajudantes de ação direta que garante a prestação dos cuidados básicos desta população, de uma psicóloga, de uma animadora sociocultural, médico e enfermeira tendo em vista fomentar o equilíbrio sócio afetivo do idoso.

A residência assistida trata-se de uma resposta social desenvolvida em equipamento coletivo, de utilização temporária e/ou permanente para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco, de perda de independência e/ou de autonomia, onde é assegurada a prestação de cuidados individualizados e personalizados tendo como objetivos a manutenção e a promoção da autonomia e do bem-estar da pessoa, nomeadamente: serviço de refeições, higiene, tratamento de

roupas, acompanhamento médico e de enfermagem, apoio psicossocial e animação sociocultural.

O centro de dia pretende ser uma resposta social destinada a pessoas idosas, com o objetivo de proporcionar um espaço físico e temporal organizado, de forma a contribuir para a satisfação de necessidades básicas desta população, garantindo o seu bem-estar. Neste âmbito é assegurado um leque flexível de serviços que inclui refeições, higiene, tratamento de roupas, apoio psicossocial e animação sociocultural.

A organização do espaço da instituição e toda a equipa técnica estimulam e incentivam uma interação constante com todos os elementos que fazem parte da instituição, desde os funcionários, às crianças e às famílias monoparentais, contribuindo para que haja uma dinâmica própria do espaço onde a população alvo se encontra, através da realização de atividades em comum.

caracterização da população alvo

A população alvo é constituída por vinte e quatro utentes, 19 mulheres e 5 homens, com idades compreendidas entre os 62 e os 96 anos de idade, todos eles inseridos no CATEI, exceto uma utente que se encontra em regime de centro de dia.

De um modo geral, trata-se de um grupo com as características físicas, psicológicas, sociais e cognitivas típicas desta faixa etária: a demência, a debilidade motora, quer fina quer grossa, a solidão, o decréscimo da agilidade mental e cognitiva, o isolamento social, o decréscimo da capacidade de autonomia e o sentimento depressivo, o défice auditivo e visual, são características comuns a praticamente todos os elementos do grupo.

No que diz respeito ao estado geral dos utentes, dois elementos do grupo encontram-se acamados, e existem ainda alguns elementos diagnosticados com Alzheimer e Parkinson, vítimas de acidentes vasculares cerebrais (AVC) e acidentes isquémicos transitórios (AIT). A linguagem, a audição e a visão encontram-se comprometidas em quase todos os elementos, assim como a mobilidade e a autonomia. A capacidade de memória varia de acordo com o grau da patologia,

estando maioritariamente comprometida.

A área emocional remete normalmente para dois aspetos principais, o passado do utente e o sentimento presente de se encontrar institucionalizado, relacionado muitas vezes com o sentimento de abandono e com a questão da família. O tema da família, é geralmente o cerne de todas as questões e o principal responsável pelos estados emocionais e depressivos, que influenciam no aceleramento da deterioração emocional, cognitiva, motora…do estado geral de saúde do idoso.

Alguns elementos tendem a isolar-se devido à não aceitação da evolução degenerativa da sua saúde. Outros procuram a interação social, e sentem necessidade de atenção, de comunicar e partilhar as suas histórias.

Os motivos da institucionalização passam essencialmente pela gradual deterioração e progressão demencial do idoso, assim como pela impossibilidade de acompanhamento e de cuidados por parte dos familiares.

Revisão Bibliográfica

O envelhecimento é definido como um processo multidimensional (Baltes & Baltes, 1990, cit. in Cupertino, Rosa e Ribeiro, 2007). Rowe e Kahn (1998, cit. in Cupertino et al., 2007) apresentam três indicadores de envelhecimento saudável: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais; funcionamento mental e físico excelentes; e envolvimento ativo com a vida. Petersen (2004) defende a provável existência de uma continuidade entre o funcionamento normal e patológico nos sujeitos que irão desenvolver demência. Por outras palavras, muitas pessoas experimentam algum declínio cognitivo durante o envelhecimento porém, quando o declínio se torna mais acentuado, pode-se estar na presença de um processo degenerativo patológico. Sendo assim, tem sido recentemente dedicada uma atenção acrescida ao espectro cognitivo cuja amplitude vai do envelhecimento normal à doença de Alzheimer. Supõe-se que existe um período transicional entre ambos, a que se tem chamado recentemente defeito cognitivo ligeiro (DCL) (Petersen, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1992, cit. In Castro-Caldas, 2005) a demência é definida como "uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas e, por vezes, precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social e da motivação". A demência é sobretudo uma patologia do envelhecimento, havendo um aumento acentuado da sua prevalência nos grupos mais idosos. De acordo com Petersen (2004) quando o diagnóstico de doença de Alzheimer é feito, danos neuronais importantes já ocorreram no cérebro. Sendo assim, a prevenção aparece como uma estratégia atrativa, aumentando o desafio de fazer prevenção primária em pessoas assintomáticas.

O Envelhecimento

O envelhecimento da população, e consequentemente da sociedade, é uma realidade inevitável, consequência da longevidade humana que cada vez é maior, que traz consigo um agravamento da morbilidade, índices de dependência acrescidos, e uma maior vulnerabilidade do idoso (Sequeira, 2010).

O Homem entende o envelhecimento como sendo um período de maior vulnerabilidade e dependência, de deterioração gradual das suas capacidades, mas também como uma etapa de grande sabedoria e conhecimento. Se por um lado, na sociedade oriental o idoso assume um papel de respeito, sabedoria e longevidade, no ocidente, a situação de vida do idoso é por vezes bem diferente, é geralmente marcada pela institucionalização, o abandono, a solidão e a decadência.

O envelhecimento é uma fase da vida, onde surgem grandes transformações a nível social (família, comunidade, trabalho e lazer) criando desafios significativos de adaptação, estando definida como a última fase do ciclo vital, e caracterizada por um processo de envelhecimento normal ou patológico (Cardão, 2009). A velhice é encarada por algumas pessoas como uma fase pessimista, de decadência e deterioração, culminando com a morte. Pode-se afirmar que do ponto de vista biopsicossocial, não se envelhece da mesma forma, no mesmo ritmo e na mesma época cronológica. Assim, o envelhecimento é comum a todos, mas existem características próprias de pessoa para pessoa, consoante a constituição biológica e a estrutura da personalidade, em estreita interação com o meio ambiente (Spar & La Rue, 1998; Fontaine, 2000). O desafio do envelhecimento para o idoso é fazer desta mesma fase da vida uma fase rica, de doação, de integração, de sabedoria e de participação social.

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios que se coloca hoje em toda a Europa. A evolução demográfica fez-se sentir na União Europeia, embora com ritmos e contextos diversos de país para país. Apesar destas diferenças, existem tendências comuns a

todos: um contínuo aumento da esperança de vida, um decréscimo da taxa de natalidade e um aumento da população com idade superior a sessenta anos. Vários especialistas consideram que o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se refletem a nível individual e em novos estilos de vida. Segundo Sequeira (2010), em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, cerca de 16,7% da população total. De acordo com as projeções atuais, dentro de 40 anos (2050), este grupo populacional representará cerca de 32% da população do país (INE, 2002).

Viver mais tempo, hoje em dia, significa aumentar as probabilidades de se viver com uma ou mais doenças degenerativas, de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes. Vários estudos revelam que grande parte dos idosos mantém a sua saúde ao nível biopsicossocial mas, é de consenso geral, que a vulnerabilidade à doença aumenta com o avanço da idade (Belsky,1996; Fontaine, 2000; Fernandes, 2000; Imaginário, 2004, cit. in Cardão, 2009).

Alguns autores afirmam que nem sempre é fácil distinguir o envelhecimento normal do patológico, pois muitos profissionais da área da saúde confundem os sintomas e alterações que surgem no envelhecimento e não valorizam as queixas do idoso, atribuindo-as a défices do envelhecimento natural. Nesse sentido, atrasam o tratamento de possíveis doenças. Outras vezes, atribuem sintomas às doenças quando estamos perante o puro e simples envelhecimento natural (Jacob, 2004). Segundo Cordeiro (1994), o envelhecimento tem três componentes: biológico, social e psicológico. O envelhecimento biológico resulta da fragilidade a que chama senescência. O envelhecimento social resulta dos papéis e hábitos de vida do indivíduo na sociedade e o psicológico refere-se às capacidades de autorregulação, tomada de decisões, adaptação ao processo do envelhecimento. O envelhecimento, como fenómeno biológico, está associado às causas do envelhecimento celular (morte de neurónios; aparecimento de placas senis; redução do peso e volume do cérebro; diminuição da neuroplasticidade) ao aparecimento de perturbações de

saúde e à diminuição da capacidade funcional. Este processo é vivido de uma forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo (Lima, 2010).

Como refere Sousa (2006), uma das modificações mais relevantes ocorre na composição global do corpo, caracterizada por alterações físicas que causam diminuição do tamanho dos músculos, da força e resistência muscular, falta de flexibilidade e elasticidade, alteração no controle e rapidez dos movimentos. Para além destas alterações, os sentidos da audição e da visão são os mais agravados, deteriorando-se gradualmente, assim como a perceção temporal, o tato, o paladar e a cinestesia limitam a atividade física e o convívio social. O funcionamento cerebral e psicológico também sofrem efeitos colaterais devido às alterações ocorridas no corpo do idoso.

Prull e col. (2000) e Spar & La Rue, (2005), (cit. in Sequeira (2007), referem que há uma diminuição da velocidade de recuperação de memórias, sendo maior o declínio na memória a curto prazo, devido às alterações no sistema sensório-motor. Também Sousa (2006), afirma que as aptidões intelectuais mais afetadas no envelhecimento são a capacidade de entender a informação não verbal, aquisição e aplicação de conceitos e as atividades percetivo-motoras. Relativamente às aptidões menos afetadas, refere a execução e resolução de problemas familiares e quotidianos a uso do conhecimento adquirido e o entendimento da informação verbal. Alguns estudos levam a crer que a inteligência e a capacidade de aprendizagem, se forem exercitadas, podem manter-se estáveis e até mesmo progredirem.

A Demência e perturbações associadas

A Demência é uma das perturbações que mais afeta o idoso ao longo do seu envelhecimento e constitui um dos maiores problemas de saúde da população idosa da Europa (Macguirre, 1999; Who, 2002, cit. in Sequeira, 2010). Segundo Sequeira (2010), as demências tornar-se-ão um problema de saúde pública da maior importância. A demência é um termo genérico que

caracteriza síndromes de etiologias diversas, cujo aspeto fundamental consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica. Surge na sequência de uma doença cerebral, normalmente de natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções.

Segundo o DSM-IV (2006), as perturbações associadas ao processo de demência caracterizam-se pelo desenvolvimento de défices motores e cognitivos múltiplos (como a falta de memória) que resultam da deterioração progressiva de um estado físico geral, de efeitos combinados de doenças, ou da toma persistente de substâncias. Nomeadamente, os sujeitos com demência podem apresentar apraxia (diminuição da capacidade de execução de atividades motoras), até mesmo na execução de atos motores conhecidos (por exemplo, acenar adeus, escovar o cabelo), agnosia (deterioração da capacidade de reconhecer ou identificar objetos), disfunção executiva (perturbações da capacidade de execução que envolve a capacidade de pensar, planear, sequenciar, e que envolve o pensamento complexo e um raciocínio abstrato), diminuição da memória (nas fases mais avançadas de demência a diminuição de memória é tão grave que o individuo esquece elementos da sua identidade pessoal, nomes, datas, profissão…) e deterioração da função da linguagem (afasia). O discurso dos sujeitos torna-se vago ou vazio, com tendência a ecolalias (isto é, eco do que é ouvido) ou palilalia (repetição dos sons ou palavras vezes sem conta), com longos circunlóquios e uso excessivo de referências indefinidas (como "coisa" ou "aquilo") (DSM-IV, 2006). O paciente com demência pode ainda apresentar desorientação espacial e desequilíbrio motor (perturbação motora da marcha que origina quedas ocasionalmente).

Do ponto de vista do comportamento e das emoções, e de acordo com o DSM-IV (2006), alguns sujeitos com demência apresentam também um comportamento desinibido que originam gracejos inadequados, negligência da higiene pessoal, perturbações da ansiedade, do humor e do sono. As ideias delirantes de perseguição podem também estar associadas a esta perturbação

(como por exemplo, o desaparecimento de objetos ser sinónimo de roubo). Nestes casos, o *delirium* sobrepõem-se à demência.

A demência aparece normalmente associada a diagnósticos como a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, demência vascular, doença de Huntington, lesões cerebrais traumáticas, tumores, perturbações infeciosas (por exemplo, HIV e Sífilis), perturbações endócrinas (hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglicemia…), deficiências de vitaminas, doenças neurológicas (por exemplo, esclerose múltipla), doenças hepáticas e metabólicas, entre outros (DSM-IV, 2006). A demência de Alzheimer e a demência vascular tem a taxa de maior prevalência. A primeira representa entre 60% a 70% dos casos totais de demência, e a segunda 20% a 30%, sendo consideradas patologias do envelhecimento (Nunes, 2005). A demência vascular tem como etiologia comum uma alteração do funcionamento cognitivo, em consequência de lesões cerebrovasculares de natureza isquémica (AIT e AVC) e enfartes múltiplos (Santana, 2005).

Pode-se concluir que relativamente à diminuição das capacidades físicas e mentais, se não forem afetadas pela doença ou pela ausência de atividades sociais, culturais, de ocupação, o idoso conseguirá ultrapassar as dificuldades de um envelhecimento normal e manter a autonomia.

O exercício intelectual é indispensável à vida intelectual e à estimulação da plasticidade cerebral. A falta de estimulação do pensamento tem efeitos devastadores, independentemente da idade do indivíduo. O treino da memória tem-se revelado crucial neste aspeto. Além do envelhecimento físico e intelectual, existe também o social, a perda do estatuto social e do poder económico. Estas são muitas vezes as causas para o afastamento e o isolamento do idoso na sociedade. Paúl (1997, 2001) e Novo (2003), (cit. in Fonseca (2006), referem que a dimensão relacional, ou seja, as relações sociais nesta fase da vida, são muito importantes para a promoção da saúde, especificamente a saúde mental. A saúde mental reflete-se na restante saúde em geral.

Cerca de 80% das doenças graves têm origem psicológica e no meio ambiente e só 20% das doenças têm origem genética (Lima, 2010).

A demência é uma das características mais frequentes responsável pela institucionalização do Idoso, juntamente com razões familiares e o isolamento. A demência torna o idoso dependente de um cuidador, e implica todo um conjunto de serviços e cuidados de saúde acrescidos, que hoje em dia é difícil um idoso, que sofra da perturbação de demência, receber se permanecer na sua habitação. Normalmente, a institucionalização do idoso com demência surge associada a algum acidente de saúde (quedas, AVC´s, AIT´s…) que coloca em causa a continuidade da sua autonomia e segurança na própria casa (Vaz, 2009).

O Idoso e a Institucionalização

A institucionalização tem os seus riscos e perigos que podem intervir de uma forma negativa na vivência do idoso num lar. Como refere Fernandes (2000), no seu estudo, vários fatores contribuem para esse impacto negativo como a falta de privacidade (despersonalização), o tratamento massificado e de forma igual para todos, a perda de responsabilidade por decisões pessoais, as rotinas rígidas, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade, a ausência de estimulação intelectual e a realização de atividades físicas. Todos estes fatores podem contribuir para uma baixa autoestima, uma falta de interesse por si e pelos outros, causando uma regressão e desintegração social, respostas emocionais diminuídas, uma dependência excessiva dos cuidadores para a realização das suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, um comportamento sistemático.

Independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, a sua integração implica o abandono do seu espaço, obrigando-o a reaprender e a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida.

O processo de institucionalização é longo e, por norma, difícil para o idoso, pressupõe todo

um conjunto de etapas. A saída de casa para um lar coloca em causa a questão da integridade, privacidade e independência do idoso, bem como a sua ligação entre o passado e o presente. Além disso, altera todo um conjunto de rotinas e interações que modificam o estilo de vida do próprio idoso. Como é explicado por Sousa (2006) a institucionalização acarreta algumas situações de *stress* quer para o idoso, quer para a família e até para a instituição, tal como a rotulação do idoso a alguns estereótipos (doente, incapaz, inútil, abandonado) condiciona, por conseguinte, a acomodação dos próprios idosos a esses rótulos. Além disso, os cuidados prestados são muitas vezes paternalistas e diretivos. Cardão (2009) refere que o sentimento de paternalismo tem que ser evitado, pois o idoso tem que ser responsabilizado, sensibilizado para continuar a exercer as atividades físicas e mentais, para que não possua comportamentos de passividade, de melancolia. A situação de dupla pertença, família e lar, pode gerar conflitos do idoso para com uma das redes de apoio ou entre ambas, para além da dificuldade de comunicação e delimitação de fronteiras entre a instituição e a família.

A institucionalização pode também acarretar, independentemente das suas causas, a integração do idoso em redes de apoio social, uma melhoria de satisfação do bem-estar do idoso, não só a nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como a nível das interações: do aumento das redes sociais de apoio, do sentido de pertença, da promoção de atividade física e psicológica, da criação de projetos e novos objetivos de vida.

> "Apesar da institucionalização ser um momento angustiante por representar um corte simbólico ou real com a sociedade envolvente, os idosos em causa consideram que é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível". (Pimentel, 2001 p. 206)

Alguns estudos apontam que a institucionalização influencia positivamente a autoestima e é uma oportunidade de interação e aquisição de papéis sociais ajustados aos idosos (Fernandes, 2000).

Torna-se necessário desenvolver respostas sociais existentes e criar novos equipamentos mais maleáveis, adequados às realidades e especificidades locais, com envolvimento e participação dos diversos agentes sociais e especificidades dos destinatários, a nível da conceção, execução e avaliação dessas mesmas respostas. Como refere a autora Pimentel (2001,P.234) no seu estudo:

> "Se houver a preocupação de criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhe proporcionarem espaços de realização pessoal, talvez, a institucionalização se torne menos penosa e angustiante".

Segundo Vaz (2009) destacam-se vários estudos, quer em Portugal, quer no estrangeiro, que referem que os quadros depressivos em idosos institucionalizados resultam mais de fatores psicossociais do que médicos. Cardão (2009) indica que o impacto de institucionalização é uma das situações que causa stress no idoso, assim como depressões. Perante o desafio que o envelhecimento acarreta, mesmo na adequação de respostas, a carga negativa desta fase da vida pode ser minimizada ou prevenida se, ao idoso, estiverem vinculadas redes de apoio social informal e de modo a contribuir para uma maior satisfação dos seus dias.

Normalmente, o impacto emocional da institucionalização é muito forte para a pessoa e família, devido às profundas modificações na integração. A estrutura residencial deve estar preparada, ter presente e conhecer a história de vida, a personalidade, o relacionamento com os familiares e comunidade, os seus hábitos e gostos, as suas angústias e dificuldades. Isto, com

objetivo de minimizar os riscos como a perda dos vínculos afetivos, desenraizamento, receio da mudança, a rejeição da integração (Sequeira, 2007).

> *“* A existência de redes sociais de apoio é um aspeto crucial da vida dos idosos, numa relação direta de apoio, preventivo da institucionalização ou, num contexto institucional, como decisivas no sentimento de bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um fator importante.*”* (Paúl, 1997 p.112)

Torna-se importante que a equipa de trabalho da estrutura residencial conheça bem o idoso, respeitando a sua individualidade e a sua identidade. A equipa de trabalho deve fazer uma análise e avaliação de todos os aspetos físicos, sociais, emocionais, comportamentais, saúde, cognitivos, formativos, profissionais com o objetivo de elaborar, em sintonia com o residente, um projeto de vida que potencie as suas capacidades, que realce os pontos fortes da pessoa e os valorize.

Segundo Sherratt, Thorton e Harrot (2004), a atividade terapêutica tem sido relatada como tendo uma vasta gama de aplicações, incluindo a adequada manutenção de níveis de estimulação, o melhoramento da qualidade de vida, e a gestão de sintomas comportamentais associados a demência. A sua aplicação em *settings* formais de demência, é ,portanto, uma importante área de intervenção.

Segundo Spiro (2010), a gama de atividades baseadas em música nos lares tem sido crescente. No entanto, atividades com música não é a mesma coisa que musicoterapia, as distinções são feitas em vários aspetos, mas essencialmente, no tipo de atividade musical e na existência de um plano com objetivos terapêuticos.

A Musicoterapia e a Demência

Segundo Aldridge (2002), até meados dos anos 80 raramente se recorriam a intervenções psicológicas para tratamento de processos de demência no idoso. Contudo, tem-se dado cada vez mais ênfase a uma intervenção centrada no indivíduo, evitando abordagens farmacológicas, o que tem aumentado o recurso a técnicas de intervenção relacionadas com a arte terapia e a musicoterapia.

A musicoterapia tem-se mostrado reveladora no que diz respeito à sua intervenção em doentes que se encontrem em processos degenerativos de demência, em particular as doenças de Parkinson e Alzheimer. De acordo com Brotons (2002, cit. in Aldridge, 2002) a musicoterapia provoca uma melhoria na capacidade de comunicação para o doente e o seu cuidador, assim como possibilidade de gestão da perturbação e da agitação que se manifesta nos últimos estádios da doença de Alzheimer.

Os benefícios clínicos da musicoterapia abrangem diversas dimensões psicológicas do indivíduo com demência, tais como, o desenvolvimento de competências de expressão pessoal, participação social e gestão comportamental. Segundo Aldridge (1992), existem múltiplas referências que reportam o facto de que pessoas com demência, afasia e perda de memória, continuam a reconhecer músicas antigas que lhes são familiares e a dançar, sugerindo que a música pode efetivamente ser um canal aberto de comunicação com o material reminiscente e com a vida passada. Um outro aspeto interessante é o facto de existir uma deterioração significativa da linguagem verbal, e no entanto, as competências musicais permanecerem preservadas.

Segundo Aldridge (2002), variadas informações informais levam a concluir que a música oferece uma componente única de tratamento para pacientes idosos com Demência, Alzheimer e Parkinson. A intervenção musicoterapêutica tem sido aplicada em pacientes com um quadro comportamental e cognitivo demencial, com o propósito de improvisar e manter competências

cognitivas, físicas e emocionais, como reorientação, exercício/fisioterapia, redução de ansiedade, manutenção de várias funções, reforço de sentimentos positivos e de autoexpressão criativa. A música tem a capacidade de proporcionar ao paciente com demência e respetivas manifestações patológicas o sentimento de realização, de energizar e estimular, de brincar com as palavras, e de confortar e consolar tanto o paciente como o seu cuidador. Tem ainda o poder de recuperar recordações, mobilizar afetos que aparentemente se encontram esquecidos (Aldrige, 2002).

Bright (1997) afirma que o ser humano lida com a música de várias maneiras, emocionalmente e intelectualmente. De acordo com a autora e um estudo americano feito por neuropsicólogos (Bright, 1997,) existem três categorias de memória que são relevantes, nomeadamente, a memória declarativa, que permite lembrar uma peça de música que ouvimos, a memória processual, que permite fazer movimento corporal em sintonia com a música (bater palmas, bater o pé ao ritmo da música) e a memória do tipo familiar, onde existe um reconhecimento e uma identificação da música sem saber o título ou o compositor. O que se pode observar na demência avançada é a prevalência da memória do tipo familiar, e é essa familiaridade (obtida através do reconhecimento de músicas que sejam significativas para o paciente) que é importante na comunicação, na relação e em todo o processo terapêutico (Bright, 1997).

Whitcomb (1994), recomenda o uso de uma variedade de atividades musicais e estratégias terapêuticas com pacientes idosos de forma a reduzir a tensão, a agitação, a depressão, a confusão, o medo, os sentimentos de solidão, o isolamento e a baixa autoestima. Jonhson (1992), acredita que o envolvimento não-verbal está na essência das artes plásticas, da dança e da musica, a sua focalização nas experiencias sensoriais e afetivas, encoraja a autoexpressão e a socialização assim como a reminiscência de memorias afetivas. A música torna a experiência mais significativa e abre canais de comunicação entre o paciente e o terapeuta.

Ao proporcionar o estímulo sensorial, a musicoterapia aumenta a qualidade de vida do idoso e

influencia no retardamento da deterioração das capacidades físicas e mentais. A música por si é um estímulo que pode ser adaptado às necessidades do paciente e atingir áreas no paciente que outras modalidades de intervenção terapêuticas não conseguem (Strick, 1997). A musicoterapia tem a possibilidade de transformar um ambiente impessoal, institucional, num ambiente menos intimidante, de proporcionar interação social e diminuir sentimentos de isolamento (Bright,1972; Clair,1996).

De acordo com vários autores (Davis, 1986), a musicoterapia tem um vasto leque de objetivos terapêuticos que beneficiam a população em questão, tais como, promover a interação social, estimular a memória a longo-prazo, melhorar a memória a curto-prazo e outras habilidades cognitivas, melhorar a autoestima, reduzir o *stress* e promover o relaxamento, melhorar competências de comunicação, melhorar comportamentos verbais e motores em pacientes com Alzheimer, facilitar comportamentos adaptativos, manter níveis de participação em pacientes com Alzheimer, reduzir a agitação, aumentar a capacidade de reminiscência.

A musicoterapia também pode ter um contributo importante na avaliação psicológica de idosos. Através de meios, tais como, o movimento, a improvisação instrumental e vocal, e audição de música, o terapeuta consegue identificar capacidades e limitações do paciente ao nível comportamental, da comunicação (verbal e não verbal), afetiva, sensorial, ao nível da perceção sensoriomotora, e da memória (a longo e a curto prazo). Através da musicoterapia é possível ainda avaliar competências como, a motricidade fina e grossa, a orientação espácio-temporal, a motivação e a noção da realidade (Aldridge, 1992).

Kitwood (1997), menciona cinco áreas cruciais que a musicoterapia trabalha e que considera serem as principais necessidades psicológicas dos indivíduos com demência, nomeadamente, o conforto (a música tem um poder tranquilizante e consolador que pode alcançar a profundeza da psique e que ultrapassa o que as palavras conseguem alcançar), a inclusão (a música implica uma contribuição pessoal), a ocupação (a prática musical implica concentração e fomenta o

desenvolvimento de competências e da imaginação), a identidade (a experiência do individuo vivenciar dinâmicas relacionais com o outro reforça o "*self*" e ultrapassa a debilitação de uma mente em degeneração progressiva) e a ligação (o potencial da improvisação musical proporciona momentos de relação com o outro, apesar de comprometimentos verbais).

Uma das principais abordagens teóricas utilizadas em musicoterapia é a humanista existencial. De acordo com a conceção humanista existencial, a experiência de cada pessoa é única e cada pessoa tem dentro e si mesma uma força que a conduz ao crescimento pessoal. Segundo Wheeler (1981), o crescimento do paciente leva-o a uma maior consciência das suas vivências internas e a um comportamento determinado por tais experiências. Existe um enriquecimento pessoal e contínuo em todas as fases da vida. De acordo com a abordagem humanista, o terapeuta ajuda a clarificar e a tornar conscientes as vivências internas do paciente, seja de forma musical ou verbal, sustentado musicalmente o paciente (Wheeler, 1981). As técnicas utilizadas neste tipo de abordagem são a improvisação musical, a audição musical, a recriação e a composição.

A musicoterapia tem mostrado bons resultados no trabalho com pacientes com problemas neurológicos (Sacks, 2007). Oliver Sacks (2007) relata casos de pacientes que beneficiaram desta área, inclusive casos de pessoas com demência que só estavam "presentes" quando cantavam ou tocavam instrumentos musicais. Segundo Sacks (2007) a música pode ser especialmente eficaz e possui grande potencial terapêutico em pacientes com uma grande variedade de doenças do foro neurológico. Tais pacientes podem reagir poderosa e especificamente aos estímulos musicais (por vezes, os únicos a que reagem). Alguns desses pacientes são pessoas que sofreram lesões corticais, devido a acidentes vasculares cerebrais, Alzheimer, Parkinson ou outras causas de demência. Segundo Sacks (2007) o paciente pode reagir à música e à terapia musical independentemente da patologia ou síndrome, combatendo os efeitos degenerativos associados à doença.

Métodos e técnicas utilizadas em musicoterapia com idosos

A classificação mais geral divide os métodos utilizados em musicoterapia em métodos passivos ou recetivos e métodos ativos ou criativos. O método ativo implica envolver uma ação externa ou interna por parte do paciente, através de uma ação visível como, dançar, tocar um instrumento, cantar. Por sua vez, os métodos passivos podem ou não envolver uma ação externa ou física, embora possam assumir uma atividade interna e essencial que cause alterações emocionais. Ambos os métodos têm por objeto uma ação psicoterapêutica. O denominador comum ao método passivo é a audição musical, que pode assumir várias modalidades, e que se encontra associada a métodos específicos em musicoterapia (como método GIM de Bonny).

Segundo Aldridge (2002) existem quatro atividades musicais que podem fazer parte dos métodos ativos de musicoterapia e que são partes integrais de processos de tratamento de doenças progressivas: cantar, tocar instrumentos, dançar e compor. No que diz respeito a casos que se encontrem em cuidados paliativos, o canto e a prática do instrumento proporcionam momentos de conforto e de contacto humano. De acordo com o mesmo (Aldridge,2002), o uso da musicoterapia, mais especificamente da dinâmica musical como a improvisação, pode ser utilizado como estimulador das funções cognitivas e elicitar competências linguísticas que o *MMSE* não consegue avaliar, incluindo a fluência da produção musical, a intencionalidade, concentração e a perseverança e de elementos prosódicos de discurso que não são lexicalmente dependentes. Permite também avaliar a memória episódica, através de repetições e frases rítmicas e melódicas curtas. A improvisação musical implica uma avaliação da intencionalidade, atenção, concentração e perseverança na tarefa que se está a desempenhar, assim como, da memória (Aldridge, 2002).

Tendo a música por si só o poder da reminiscência, torna-se fundamental que todo o processo terapêutico ocorra indo de encontro ao ISO do indivíduo. A identidade sonora-musical, designada como o Princípio de ISO, é algo que, segundo Benezon (1988), caracteriza e identifica

particularmente cada indivíduo. Este conceito, resume a noção da existência de um som, ou de um conjunto de sons, ou de fenómenos acústicos que caracterizam e individualizam cada indivíduo. Trata-se de um fenómeno em constante movimento no inconsciente do Homem, que se vai estruturando com o decorrer do tempo. Segundo o Método Benezon (Benezon,1988), o ISO de cada indivíduo é formado por uma herança sonora, por vivências sonoras vividas desde o período gestacional até a atualidade.

Segundo Bruscia (1987) a musicoterapia é um processo orientado por objetivos no qual o terapeuta ajuda o cliente a melhorar, manter ou restaurar um estado de bem-estar, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança. A função do musicoterapeuta é facilitar esse processo. Bruscia (2000), afirma ainda que a musicoterapia é um processo sistemático que requer planeamento e monitoramento na qual, o que importa é a relação da música com o paciente e não ela em si mesma, nem os conceitos estéticos que a permeiam. São estas algumas das características que distinguem a musicoterapia da educação musical, por vezes confundidas. Existe uma intencionalidade terapêutica por trás de cada atividade musical, contrariamente aos objetivos educativos propostos pela educação musical, direcionados para a aquisição de competências musicais, seguindo regras e padrões estéticos estipulados musicalmente.

Objetivos do Estágio

Tendo em conta a necessidade manifestada pela instituição CEBI – CRE na aquisição de técnicos que trabalhem com o grupo de idosos, e as necessidades e características observadas nos respetivos utentes, pretendeu-se com este estágio desenvolver um projeto de intervenção terapêutica dirigido para os seguintes objetivos:

- Proporcionar à instituição uma intervenção terapêutica complementar à intervenção farmacológica, e que inclui a parte criativa, que aumente a participação ativa dos utentes;

- Promover a socialização e o relacionamento inter e intrapessoal;

- Cooperar com a equipa técnica de forma a transmitir estratégias e informações que possam contribuir para a elaboração de projetos de intervenção individual cada vez mais estruturantes e elaborados.

No que diz respeito às competências musicoterapêuticas do estagiário, pretendeu-se desenvolver capacidades de utilização de instrumentos teóricos e metodológicos adequados à abordagem de problemas e patologias concretas da população idosa.

Metodologia

No presente capítulo procuraremos fazer uma descrição de todos os processos e metodologia adotadas na intervenção musicoterapêutica, assim como uma análise do material clínico obtido.

Participantes

A população alvo é constituída por vinte e quatro utentes, 19 mulheres e 5 homens, com idades compreendidas entre os 62 e os 96 anos de idade, todos eles inseridos no CATEI, exceto uma utente que se encontra em regime de Centro de Dia.

A maioria dos elementos do grupo de idosos encontra-se recentemente institucionalizado no CATEI. Existem utentes que são provenientes da sua residência particular ou de familiares, outros provém de lares residenciais. Existem dois utentes que deram entrada no CATEI em 2004, um utente em 2005, quatro utentes em 2008, um utente em 2010, quatro utentes em 2011 e doze utentes em 2012. Ao longo do ano o grupo foi-se alterando, havendo baixas e entrando novos elementos.

De um modo geral, trata-se de um grupo com as características físicas, psicológicas, sociais e cognitivas características desta faixa etária. A demência, a debilidade motora, o isolamento, o decréscimo da agilidade mental e cognitiva, o isolamento social, o decréscimo da capacidade de autonomia e o sentimento depressivo, o défice auditivo e visual, são características comuns a praticamente a todos os elementos do grupo. Dois elementos do grupo encontram-se acamados, e existem ainda alguns elementos diagnosticados com Alzheimer e Parkinson, Depressão, vítimas de acidentes vasculares cerebrais (AVC), acidentes isquémicos transitórios (AIT) e Hipertensão Arterial (HTA). A linguagem, a audição e a visão encontram-se comprometidas em quase todos os elementos, assim como a mobilidade e a autonomia.

A questão emocional, é uma área complexa e sensível, remete normalmente para dois aspetos principais, o passado do utente e o sentimento presente de se encontrar institucionalizado,

relacionado muitas vezes com o sentimento de abandono e com a questão da família. O tema da família, é geralmente o cerne de todas as questões e o principal responsável pelos estados emocionais e depressivos, que influenciam no aceleramento da deterioração emocional, cognitiva, motora…do estado geral de saúde do idoso.

Alguns elementos tendem a isolar-se, devido à não aceitação da evolução degenerativa da sua saúde, outros procuram a interação social, e sentem necessidade de atenção, de comunicar e partilhar as suas histórias.

Os motivos da institucionalização passam essencialmente pela gradual deterioração e progressão demencial do idoso, assim como pela impossibilidade de acompanhamento e de cuidados por parte dos familiares/cuidadores.

Foram constituídos três grupos A,B e C (dois grupos com 7 elementos e um com 8) para a frequência das sessões de musicoterapia. O critério de seleção para formação dos grupos foi o nível de deterioração cognitiva e o grau de funcionalidade física e mental. Praticamente todos os elementos têm Demência, na maior parte dos casos, num grau bastante avançado, e pouca ou nenhuma autonomia a nível motor. O Grupo A, é constituído por elementos mais ativos e funcionais cognitivamente, com lucidez e alguma lógica no seu discurso, com limitações e dependência motoras. Os Grupos B e C, são constituídos por elementos que apresentam um avançado estado Demencial, sem mobilidade motora, completamente dependentes de técnicos para executarem as suas atividades diárias, com competências visuais e auditivas bastante comprometidas, deturpação do discurso, da memória e impulsividade comportamental.

Existem ainda, dois pacientes que se encontram acamados, em cuidados paliativos, num estado de deterioração avançado, estando um deles em fase terminal. Estes utentes usufruíram de sessões individuais de musicoterapia.

Os estudos de caso consistem em dois casos individuais, com sessões de musicoterapia em contextos diferenciados. No primeiro estudo de caso o sujeito é do sexo feminino, tem 80 anos

de idade, encontra-se acamada, e como tal, tem sessões de musicoterapia individuais. No segundo estudo de caso, o sujeito é do sexo masculino, tem 74 anos de idade, e tem sessões de musicoterapia em contexto de grupo.

Tabela 1

Quadro representativo da amostra do grupo A, com idade, sexo, data de institucionalização no CATEI, diagnóstico dos utentes e tipo de intervenção realizada.

Nome	**Sexo**	**Idade**	**Data de Entrada na Instituição**	**Diagnóstico**	**Grupo de Intervenção**
M.J.F	Feminino	77	01.03.2011	Não tem diagnóstico clínico.	Grupo A
M.C.	Feminino	86	19.01.2004	Depressão, cataratas O.E.	Grupo A
B.B.	Masculino	75	10.03.2008	Depressão com períodos de agressividade, Parkinson, AVC, HTA.	Grupo A
D.R.O	Feminino	90	14.01.2008	Hipotiroidismo, Asma brônquica, HTA, Diabetes tipo II, Demência, Défice auditivo	Grupo A
I.C	Feminino	90	28.11.2011	HTA, Hipotiroidismo, fibrilhação auricular	Grupo A
I.G.	Feminino	85	10.03.2010	Angina de Peito, HTA, Anemia crónica	Grupo A
L.V	Feminino	89	16.04.2012	Falta de sensibilidade ao calor, HTA, fase inicial de Demência	Grupo A
M.C.L.	Feminino	84	02.10.2012	Prótese total do joelho, Ansiedade, HTA	Grupo A

Tabela 2

Quadro representativo da amostra do grupo B, com idade, sexo, data de institucionalização no CATEI, diagnóstico dos utentes e tipo de intervenção realizada.

Nome	**Sexo**	**Idade**	**Data de Entrada na Instituição**	**Diagnóstico**	**Grupo de Intervenção**
A.B.R	Masculino	85	06.08.12	Parkinson, Demência, Doença da Próstrata.	Grupo B
M.A.S	Feminino	87	01.09.2004	HTA, Parkinson, Arritmia cardíaca	Grupo B
A.D.C.	Feminino	81	05.12.2011	Diabetes, HTA, Anemia, Depressão, Fibrilhação auricular, úlcera gástrica.	Grupo B
M.F.S	Feminino	81	03.06.2008	Demência, HTA, défice auditivo	Grupo B
M.H.G	Feminino	74	01.03.2012	Diabetes tipo II, HTA	Grupo B
M.I.C	Feminino	86	16.07.2012	HTA, Anemia, Dislipidémia, Ansiedade, Depressão, Artrite temporal	Grupo B

Tabela 3

Quadro representativo da Amostra do Grupo C, com idade, sexo, data de institucionalização no CATEI, diagnóstico dos utentes e tipo de intervenção realizada.

Nome	**Sexo**	**Idade**	**Data de Entrada na Instituição**	**Diagnóstico**	**Grupo de Intervenção**
F.P.	Feminino	93	22.10.2012	Alzheimer, Demência, Depressão.	Grupo C
A.	Masculino	62	11.2012	Alzheimer em estado avançado, Demência	Grupo C
D.P.D	Masculino	91	13.04.2005	Diabetes tipo II, AVC, HTA, Gota, Doença da próstata, Demência, Défice auditivo	Grupo C
C.A.S	Feminino	89	01.08.2008	Demência, HTA, períodos de agressividade, Diabetes tipo II, fratura colo do fémur.	Grupo C
M.	Feminino	93	15.11.2011	Insuficiência renal crónica, fratura consolidada da 3ª costela esq.	Grupo C
C.B.	Feminino	90	04.06.2012	Parkinson, Demência, Diabetes Tipo II, HTA	Grupo C

Tabela 4

Quadro representativo da amostra correspondente aos utentes que tiveram intervenção individual, com a respetiva idade, sexo, data de institucionalização no CATEI, diagnóstico dos utentes e tipo de intervenção realizada.

Nome	**Sexo**	**Idade**	**Data de Entrada na Instituição**	**Diagnóstico**	**Grupo de Intervenção**
P.D	Feminino	80	02.01.2012	Leucoencefalopatia, Anemia, HTA Depressão	Intervenção Individual
S.	Masculino	88	2011	Demência, Insuficiência respiratória, 2 AVC´s	Intervenção Individual

Procedimento

A fase de observação direta que antecedeu o início da intervenção terapêutica ocorreu num período inicial, durante aproximadamente 6 semanas, onde houve oportunidade de acompanhar os utentes nas atividades desenvolvidas no CATEI, conhecer a rotina dos mesmos, conhecer e interagir com a equipa técnica sob orientação da psicóloga e da animadora social. Inicialmente, os dias de estágio coincidiam com os dias em que a animadora social se encontra na instituição, de forma a facilitar o processo de integração do estagiário.

Este período foi importante para conhecer de forma objetiva a instituição cebi-cre, e de forma subjetiva os técnicos que trabalham diretamente com os utentes, e os próprios utentes. Neste período houve ainda a oportunidade de recolher informação clínica sobre os utentes junto da equipa técnica, tomar conhecimento das fichas de anamnese, e selecionar os utentes que usufruiriam de sessões de musicoterapia individual ou em grupo. Esta fase de integração, permitiu também observar a musicalidade inerente a cada utente, conhecer o ISO musical, elementos importantes para a construção do processo de comunicação e socio-relacional entre o utente e o terapeuta.

A pedido dos técnicos da instituição as sessões de musicoterapia foram extensivas a todos os utentes, havendo apenas dois utentes que por motivos de incompatibilidade com outras atividades (fisioterapia e hemodiálise) não tiveram acesso às mesmas. No momento de estruturar a intervenção foram tidos em conta vários fatores tais como, o diagnóstico do utente e o nível demencial em que se encontrava (mais ou menos avançado/incapacitado). Sendo assim, optou-se por organizar a intervenção terapêutica da seguinte forma: três grupos de intervenção, selecionados de acordo com o nível demencial em que se encontravam e duas intervenções individuais (pacientes acamados).

As sessões decorreram semanalmente (cada grupo tinha musicoterapia uma vez por semana), durante a parte da manhã (das 11h às 11.45h). As sessões individuais ocorriam das 12h às 12.30h. O estabelecimento do horário teve em conta a rotina dos utentes.

O formato das sessões era de certa forma estruturado pelo início e pelo final da sessão, criando-se indicadores musicais que sugeriam estes momentos, mas flexíveis no tema da sessão, tentando ir sempre de encontro à musicalidade dos utentes e captando sinais que indicavam para onde "conduzir" a sessão. Inicialmente era necessário uma estrutura musical, sendo necessário o estagiário sugerir e iniciar o tema musical acompanhado pelos utentes. Esta fase inicial da intervenção serviu também, para conhecer melhor os utentes, o ISO musical dos mesmos, e interiorizar e introduzir este novo espaço terapêutico de relação e partilha com o outro. Os momentos de improvisação musical foram poucos e surgiram numa fase mais avançada e final da intervenção.

As técnicas utilizadas foram técnicas ativas, de audição musical, prática de instrumentos, canto, improvisação, escrita de canções, jogos musicais, interpretação de imagens, e recetivas, com os elementos de intervenção individual, sendo que um dos utentes passou a ter uma abordagem ativa com o decorrer das sessões.

Agenda Semanal

Foi estabelecida uma agenda periódica semanal que consistia em três manhãs de permanência na Instituição, com o horário das 9.00h às 13h. É de referir que o horário apresentado foi flexível, havendo por vezes o alargamento ou não do horário de estágio em função de solicitações de intervenção por parte da equipe técnica. Foi destinada uma manhã para a realização da sessão de musicoterapia com cada grupo respetivamente. Assim sendo, inicialmente, o Grupo A tinha sessão de musicoterapia as segundas-feiras, o Grupo B todas as terças-feiras e o Grupo C todas as sextas-feiras. Os pacientes com sessão individual, tinham sessão semanal à terça-feira e à sexta-feira respetivamente. Contudo, posteriormente, houve

necessidade de fazer um reajustamento nos grupos, passando a existir apenas dois grupos de intervenção.

Tabela 5

Agenda Semanal

Dia da Semana	**Horário**	**Atividades**
2ª Feira	9h00 – 13h00	Sessão de Musicoterapia com Grupo A
3ª Feira	9h00 – 13h00	Sessão de Musicoterapia com Grupo B e Sessão Individual de Musicoterapia
6ª Feira	9h00 – 13h00	Sessão de Musicoterapia com Grupo C e Sessão Individual de Musicoterapia

Sessões – Plano Semanal

O plano das sessões baseou-se essencialmente em três fases: o acolhimento, a parte intermédia e o final. A fase do acolhimento teve como objetivo dar início à sessão, receber os elementos do grupo, criar um momento de demarcação entre o espaço exterior e o espaço terapêutico, facilitar o estabelecimento de relação entre o terapeuta e os elementos do grupo, dando espaço individual de partilha de sentimentos através do diálogo ou do canto. Este momento permite-nos ter acesso ao estado emocional do paciente naquele dia e do grupo em geral, reajustando o plano da sessão se necessário.

Na fase intermédia da sessão, aplicaram-se as técnicas musicoterapêuticas, recorrendo ao uso da improvisação musical, do canto, da recreação e da composição/adaptação de letras de canções, da escuta musical, assim como de outras atividades musicais (jogos…).

A terceira e última fase, indicia o final gradual da sessão onde se cedia espaço para reflexão, partilha e conclusão da sessão.

Métodos e Técnicas

De acordo com Bruscia (1987), as principais técnicas de musicoterapia que fazem parte do procedimento da intervenção terapêutica são, a audição musical, a improvisação, a recreação, e a composição musical. Sendo a primeira técnica considerada como recetiva e as três últimas como ativas.

A técnica de audição, consiste na audição de músicas e sons que vão de encontro ao ISO musical da população alvo, permitindo deste modo, uma maior envolvência do utente na sessão, desenvolver processos de reminiscência e de identificação de si próprio.

As técnicas ativas possibilitam a participação direta por parte dos pacientes, sendo esta direcionada para o canto vocal, a improvisação instrumental, a recreação e para a composição. O uso destas técnicas permite abrir canais de comunicação, desenvolver relações interpessoais,

criar uma relação estreita com mecanismos e processos do inconsciente do paciente, assim como com todas as suas competências (afetivas, emocionais, motoras, cognitivas).

Os utentes foram expostos às técnicas musicoterapêuticas em sessões de grupo e individuais. As sessões realizaram-se semanalmente, por um período de 9 meses, com a duração de 30 minutos no caso das sessões individuais e de 45 a 60 minutos nas sessões de grupo.

Segundo Bruscia (1987), a improvisação musical é fulcral em sessões de grupo para desenvolver ciclos de comunicação e relação entre os vários elementos. É importante no uso desta técnica que o terapeuta forneça uma estrutura base, dando espaço para a criação pessoal. De acordo com Bruscia (1987) a improvisação é indicada para promover a espontaneidade, a liberdade de expressão, a criatividade, e a identidade.

Outra técnica musicoterapêutica pertinente para a população alvo, consiste na recriação e escrita de canções. Segundo Bruscia (1987) esta técnica caracteriza-se por ser um facilitador de comunicação, pois promove a partilha musical e permite a adaptação/transformação dos temas ao indivíduo. As canções descrevem sentimentos e emoções que por vezes seriam difíceis de exteriorizar verbalmente. A linguagem musical permite o contacto com o mundo afetivo e emocional do paciente de uma forma menos ameaçadora do que a linguagem verbal. A linguagem musical fomenta a relação e a comunicação de uma forma menos invasiva para o indivíduo, mas não menos reveladora para o terapeuta.

Tendo em conta o enquadramento teórico, a observação/análise da população alvo e as características da mesma, e com o intuito de fortalecer laços relacionais e de comunicação, constatou-se que seria mais significativo e relevante o uso de métodos ativos e recetivos, através do uso de técnicas de improvisação vocal e instrumental, construção e recriação de canções, escuta musical e jogos musicais.

Recursos Materiais

As sessões de musicoterapia decorriam em espaços distintos. No caso dos utentes acamados, as sessões ocorriam nos respetivos quartos, no caso das sessões de grupo, realizavam-se numa sala mais reservada (também usada como copa), com alguns sofás, cadeiras e uma mesa de refeições (colocada no centro da sala). Este espaço era adaptado para as sessões de musicoterapia da seguinte forma: os sofás eram dispostos em forma de círculo, e a mesa era desviada para o canto da sala, de forma a existir espaço para os utentes que se deslocam em cadeiras de rodas (90%). A disposição dos elementos do grupo em círculo, tinha o intuito de facilitar o envolvimento dos pacientes nas sessões, promovendo a comunicação e a relação com o outro e com o grupo.

O suporte musical foi constituído por instrumentos de percussão (clavas, bombo, caixa chinesa, pandeireta, maracas, shaker oval, reco reco, triângulo, guizeira, tambor), instrumentos acústicos (guitarra, cavaquinho), instrumento elétrico (teclado) e equipamento sonoro de forma a proporcionar o uso de cd´s áudio.

Nas sessões recorreu-se também a outros tipos de materiais e recursos audiovisuais, como a câmara de filmar, computador portátil, balões, paraquedas (tecido de grande dimensão de várias cores em forma de roda), pincéis, tintas e folhas.

Avaliação

A avaliação clínica das intervenções de musicoterapia seguiu os contornos da metodologia de estudo de caso, baseando-se na observação, entrevista e recurso a documentos. Conferiu-se uma importância especial ao processo terapêutico, mais que ao produto final, dando enfoque especial ao sujeito da intervenção e à interpretação que este elabora de si próprio e das suas vivências, tendo como fio condutor o diálogo e a música.

De acordo com Aldridge (2002), não existem medidas de avaliação estandardizadas de forma a avaliar os efeitos específicos da musicoterapia em pacientes com diagnóstico de demência, existem contudo alguns estudos que ainda se encontram em fase de teste e validação as suas propriedades psicométricas. Desta forma, tornou-se necessário criar uma grelha de avaliação da intervenção terapêutica, adaptada à população em questão.

Deste modo foram utilizados indicadores qualitativos, tendo em conta o problema e os objetivos terapêuticos traçados para cada paciente, sendo realizada uma descrição baseada na recolha e análise de fontes como: entrevistas informais realizadas aos pacientes, gravação audiovisual das sessões, observação direta dos pacientes, afirmações dos utentes, registo de dados descritivos das sessões, informações fornecidas por outros técnicos.

A demência foi avaliada em dois momentos: no início e no final da intervenção musicoterapêutica. A demência foi medida inicialmente através do MMSE – *Mini Mental State Examination*; adaptação portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, et al (1994), aplicado por Psicólogo do CRE e através de grelhas de observação e avaliação da intervenção (Anexo C).

As grelhas de observação aplicadas tiveram como propósito registar dados obtidos através da observação direta realizada ao longo do período de estágio. As grelhas de observação direta foram construídas e adaptadas pelo estagiário em função das necessidades e características dos pacientes, de forma a tornar os padrões de evolução mais claros face à intervenção realizada. A elaboração das grelhas de observação tiveram os seguintes critérios: os objetivos que se pretendiam atingir com os utentes nas sessões de musicoterapia, as características/diagnóstico dos utentes, a fundamentação teórica (DSMIV-TR, 2002) e a *General Behavior Checklist* (Bruscia, 1993). A *General Behavior Checklist* permite avaliar uma ampla gama de competências musicais e não musicais demonstradas pelo paciente, incluindo competências sensóriomotoras, competências motoras, competências cognitivas, competências musicais e criativas (Bruscia, 2003) (Anexo A).

Foram também elementos de diagnóstico do progresso terapêutico do utente, a atitude corporal (contacto ocular, gestos, coordenação motora), o tipo de contacto relacional com o outro, o nível de contacto com os instrumentos musicais, o tipo de produção sonora (estereotipias de ritmo, nível de intensidade, padrões rítmicos), a produção vocal (presente ou ausente), a comunicação (a presença ou ausência de verbalizações e o conteúdo das mesmas), a intencionalidade/iniciativa, atitudes defensivas (afastamento, isolamento, negação) e o nível de criatividade musical, sendo estes elementos significativos na avaliação da progressão do estado demencial.

instrumentos de avaliação

Foi privilegiada uma avaliação qualitativa atenta e ao longo de todo o período de estágio. Houve elementos de diagnóstico e avaliação que foram criados como indicadores do progresso terapêutico e de forma a contribuir para uma estruturação e compreensão dos processos individuais e das dinâmicas de grupo.

As sessões de vídeo eram revistas diariamente, após as sessões, e eram registados em pequenos textos momentos mais marcantes ou significativos.

Fizeram parte dos processos de diagnóstico e avaliação dos pacientes os seguintes instrumentos: fichas de anamnese de cada utente, fornecidas por um técnico do CRE, fornecem as informações gerais de cada utente, assim como também o seu diagnóstico e motivo de institucionalização; aplicação do *Mini Mental State Examination (MMSE*) por psicólogo do CRE; registo de avaliação inicial através de adaptação da Grelha de Intervenção Terapêutica *Music Therapy Assessement and Initial Treatment Plan* (Shultis, 1995, *in* Weeler, Shultis & Polen, 2005). Esta grelha de avaliação criada por Schultis (1995) tem por objetivo avaliar os pacientes num *setting* clínico. Esta avaliação abrange vários domínios como, o domínio biográfico (diagnóstico, histórico médico, *ISO* musical, terapias atuais) e domínio comportamental (apresentação do estado afetivo). É também possível registar os objetivos e o

tipo de intervenção realizado (anexo B). Realizou-se um registo de avaliação da intervenção, através da Grelha de Observação, aplicada em dois momentos (inicial e final) que demonstra a evolução do paciente e o resultado de todo o processo de intervenção musicoterapêutica (anexo C) e Grelha de Registo de Sessões, trata-se de um instrumento exclusivo de observação e/ou registo diário (anexo D).

Participação em outras atividades

Foi ainda levado a cabo a participação noutros projetos da Instituição, no âmbito do estágio, mas fora do espaço terapêutico. Nomeadamente, a participação na organização da Festa de Natal, com o convite de um Grupo de Cavaquinhos, com repertório de canções tradicionais portuguesas, que foi atuar na Festa de Natal do CATEI.

Em Março de 2013 ocorreu a participação na atividade "Chá Dançante", que consiste num encontro entre vários lares e centros de dia do concelho de Mafra, onde cada Instituição leva uma apresentação de palco, seguido de animação musical, dança e lanche. Os técnicos da Instituição pediram que acompanhasse alguns elementos do grupo de idosos e dinamizasse uma participação de palco com os mesmos. A atuação consistiu na canção tradicional "Tiro Liro Liro", acompanhada por guitarra e vários instrumentos *Orff* (pandeireta, tambor, bombo, caixa chinesa, clavas e maracas).

Em Maio de 2013, ocorreu uma outra atividade da Instituição, de cariz religioso, a visita da Imagem Peregrina da Nª Senhora de Fátima à Instituição. Houve uma celebração religiosa, e os técnicos da Instituição pediram se podia ensaiar os cânticos dessa celebração com os técnicos e os idosos da Instituição. Houve um envolvimento geral da Instituição na organização do evento, quer dos técnicos quer dos utentes. Houve inclusive reuniões para preparação do evento.

Estudos de Caso

Estudo de Caso I – Intervenção Individual

P. D. (Sessão individual)

Descrição do Sujeito

A P.D. tem 80 anos de idade, é de nacionalidade portuguesa e encontra-se no CATEI desde Janeiro de 2012. Tem uma filha que é o seu suporte familiar. A P.D. é de religião católica. O seu *ISO* musical é composto por músicas do cancioneiro tradicional português e por músicas de foro religioso. A P. D. encontra-se acamada. Foi encaminhada para as sessões de musicoterapia pela diretora técnica do CRE.

A P.D. tem diagnosticado uma leucoencefalopatia viral, tratando-se de uma doença degenerativa de uma forma progressiva, que compromete a parte motora de uma forma total ou parcial, assim como a linguagem; teve vários AIT´s (Acidentes Isquémicos Transitórios); Demência; Depressão; Anemia e HTA.

A nível motor, a P.D movimenta o braço esquerdo, o pescoço e a cabeça, tendo o resto do corpo paralisado e atrofiado muscularmente. Tem a linguagem comprometida. Encontra-se em cuidados paliativos, sendo totalmente dependente de técnicos para as suas necessidades e cuidados básicos.

Plano Terapêutico

O Plano Terapêutico delineado para a P.D., teve como objetivos abrir canais de comunicação; desacelerar a deterioração cognitiva e combater estados depressivos através da aplicação de técnicas de musicoterapia que incidem em técnicas recetivas e ativas, nomeadamente o canto e a prática musical do instrumento.

Tabela 6

Plano Terapêutico em Musicoterapia de P.D.

<table>
<tr><td colspan="3">PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: Dª P. D.
IDADE: 80 anos INÍCIO DO TRATAMENTO: Novembro de 2012
DIAGNÓSTICO: Leucoencefalopatia, Depressão, HTA, AIT´s, Demência e Anemia.</td></tr>
<tr><td colspan="3">INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:
A paciente encontra-se acamada. Tem uma doença degenerativa de progressão rápida. A linguagem e os movimentos corporais encontram-se comprometidos, exceto braço esquerdo, pescoço e cabeça. Tem uma filha que é o seu suporte familiar.
Encontra-se na Instituição desde Janeiro de 2012.</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 1:
Progressão rápida da deterioração das suas capacidades motoras e cognitivas;</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:
Combater a deterioração motora (grossa e fina) e cognitiva.</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td>Evocar memórias afetivas;</td><td>Identificar e reconhecer canções que lhe são familiares;</td><td>Participar ativamente nas sessões de musicoterapia.</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 2:
Depressão</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:
Combater estados depressivos.</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td>Diminuir períodos de isolamento;</td><td>Proporcionar períodos de bem-estar emocional e físico;</td><td>Proporcionar momentos que gerem ativação do estado físico e emocional da paciente;</td></tr>
</table>

Objetivos

Foram delineados os seguintes objetivos específicos na intervenção terapêutica com a P.D.: Diminuir sentimentos de isolamento e estados depressivos; abrir canais de comunicação e combater a deterioração do domínio motor e cognitivo.

Descrição das sessões

A intervenção terapêutica com a P.D. teve a duração de 8 meses (de Novembro a Junho), com cerca de 28 sessões. As sessões eram individuais e realizaram-se uma vez por semana, com a duração de 30 minutos.

A sessão era constituída por três partes, nomeadamente a parte inicial, onde era cantada a música do " Bom Dia", que tinha como objetivo marcar o início da sessão, cativar a interação e a participação da paciente; a segunda parte da sessão, que consistia na aplicação das técnicas musicoterapêuticas e na execução de estratégias para alcançar os objetivos traçados no plano terapêutico; e a parte final da sessão, a despedida.

O ISO musical da P.D., foi sendo revelado pela mesma, através das manifestações expressivas que a paciente demonstrava. A reação que a paciente tinha quando se cantava determinadas canções do cancioneiro popular português, foi revelando a sua identificação sonora musical.

As técnicas utilizadas nas sessões suscitaram sempre reações por parte da paciente. O uso de técnicas recetivas, através da audição musical, onde a paciente era apenas envolvida numa sonoridade tocada através de improvisação musical e vocal, induzia um estado de relaxamento ou recolhimento por parte da paciente, que fechava os olhos e por vezes manifestava a sua emoção através do choro, deixando-se envolver pela música. Com o uso de técnicas ativas a paciente participava nas sessões através do canto, articulando as letras das canções, e da prática musical de instrumentos de percussão (pandeireta, tambor, maraca…) que eram

adaptados a esta. A introdução dos instrumentos nas sessões de musicoterapia deu-se a meio do processo terapêutico e levou a sua participação e envolvência a um outro nível.

A paciente revelou desde o início uma grande responsividade às sessões de musicoterapia. A sua manifestação era feita através da emotividade e da expressão facial. As primeiras sessões despoletavam momentos de êxtase e excitação emocional na paciente, que manifestava comportamentos de tensão muscular e euforia através de movimentos balanceados do pescoço e da cabeça, e da tentativa de elevação dos ombros. Eram momentos de êxtase emocional que culminavam com um choro forte e silencioso. Após esta "explosão" emocional, a paciente revelava calma e serenidade, ficando como que anestesiada, com o olhar fixo no horizonte. A primeira vez que esta situação ocorreu provocou dúvida em dar continuidade à música e prolongar o que estava a acontecer ou parar naquele momento com receio do que o prolongamento deste estado emocional poderia provocar na paciente, tendo em conta a sua fragilidade e diagnóstico. Baseado na formação teórica fornecida, e na manutenção (e não no aumentar) do nível de êxtase da paciente, aquele momento manteve-se, tentando o estagiário dar a sustentação e o "holding" necessário, quer no durante, quer no pós auge emocional. Estes momentos de êxtase nas sessões, terminavam como uma postura de relaxamento, criando-se um ambiente de embalar musical, na tentativa de acompanhar e confortar o estado emocional da paciente. Estes momentos passaram a ocorrer algumas vezes na fase inicial da intervenção, pelo menos com esta intensidade, e depois de perceber como a paciente reagia e de refletir sobre a situação, percebeu-se como lidar/"conduzir" estes momentos nas sessões.

Com o decorrer das sessões as manifestações comportamentais e emocionais da paciente foram acalmando. Apesar da emotividade que continuava a demonstrar, através do choro, relativamente a algumas canções, o seu comportamento foi deixando de ser tão intenso.

Os elementos despoletadores destas reações emocionais por parte da paciente, e que provocavam esta catarse emocional, eram por vezes palavras/frases pontuais de determinadas músicas, tais como, "muito longe está quem me quer bem", "só a mim ninguém me leva para ao pé do meu amor", " o meu par é o mais lindo", assim como também determinadas músicas do cancioneiro popular e de foro religioso.

Posteriormente, numa fase mais avançada do período de intervenção, introduziu-se instrumentos de percussão (pandeireta, maraca, tambor de pele com baqueta), e a participação musical da paciente. O seu corpo já apresentava sinais de estimulação perante a música, pois reagia com uma tentativa de movimentação dos membros (pernas e braços). Uma vez que a paciente tinha um braço que se apresentava funcional, achou-se importante para o envolvimento da paciente nas sessões, a sua participação musical. A participação da paciente tornou-se mais ativa (dentro das suas limitações).

A intervenção terapêutica foi permitindo um processo de despertar de emoções, de comunicação, de estimulação sensoriomotora e de ativação emocional e motora, importante no combate à deterioração progressiva. Apesar da sua postura corporal prostrativa e apática, a P.D. apresentava-se ativa interiormente.

A P.D. estabeleceu desde logo uma interação não-verbal com o terapeuta. Devido ao comprometimento da linguagem, a sua comunicação verbal era impercetível. Contudo, a sua expressão facial e o seu olhar eram bastante expressivos, e revelavam o seu índice de interesse e motivação durante o decorrer das sessões. A P.D. era uma paciente participativa, com motivação e vontade de concretizar apesar da sua grande limitação motora. Independentemente do comprometimento da sua linguagem, a P.D. acompanhava sempre as canções, mexendo os lábios e articulando as letras das mesmas do início ao fim, estabelecendo contacto ocular com o terapeuta ou fixando o olhar na guitarra. A comunicação verbal com a P.D. não era possível, pelo que foi estabelecida uma forma de interação através

de produção musical, que se manifestava através da sua expressão facial e comportamental. Através da música foi possível a comunicação numa paciente que tem a linguagem verbal comprometida. A música foi o facilitador da relação paciente-terapeuta, fulcral para o processo terapêutico. Normalmente as sessões iniciavam-se de forma estruturada, pegando numa música significativa para a paciente que acabava passando por momentos de improvisação vocal na mesma música. Era possível encontrarmo-nos musicalmente, percecionamos isso quando sentimos que "estamos com" a paciente e ela "está" connosco.

Para tentar combater o seu isolamento, foram realizadas duas sessões juntamente com o grupo A. A P.D. foi sentada numa cadeira de rodas e participou ativamente nas sessões do grupo A, através do canto e da prática do instrumento, nunca desistindo. Contudo, a sua postura corporal foi decaindo e o esforço físico que a paciente fazia era demasiado, tornando-se doloroso para a mesma. No entanto, era notório que nas sessões de musicoterapia existia por parte da paciente uma reação quase inconsciente de combate à postura habitual de prostração. A sua deterioração física causou algum impacto nos elementos do Grupo A, que raramente veem a paciente pois esta encontra-se geralmente acamada, e que ficaram impressionados com o seu estado avançado de deterioração.

A nível cognitivo, a P.D. encontra-se lúcida, pois reage corretamente aos desafios que lhe são colocados, o que demonstra perceção e raciocínio lógico funcionais. Sendo de extrema importância a continuação da sua ativação e do estímulo do mesmo, de forma a combater a deterioração destas áreas.

Fora das sessões, a P.D. apresenta-se geralmente hipoativa, sonolenta e imóvel, com uma postura de prostração. Durante as sessões de musicoterapia, a Dª P. revelava comportamentos participativos, motivação, havendo como que uma ativação geral de várias áreas, cognitiva, motora, emocional, introspetiva e comunicativa.

O repertório musical utilizado nas sessões era essencialmente do cancioneiro popular português. Além da improvisação musical através do canto e da guitarra, havia canções específicas que provocam na paciente um desbloquear de emoções, canções onde o tema mencionava a separação de quem se gosta, a morte e o amor.

É possível consultar em anexo (Anexo F) as letras das canções que eram mais significativas nas sessões com a P.D., sendo a canção do *Malmequer Mentiroso* a que causava um maior impacto emocional na paciente.

Resultados Finais

Segundo o plano terapêutico, os resultados finais advém de um progresso e de uma reação positiva às sessões de musicoterapia por parte da P.D. Constatou-se uma abertura de canais de comunicação entre a P.D. e a terapeuta, uma ativação do estado geral da mesma, que por sua vez, contribuiu para combater a deterioração cognitiva e demencial da paciente e para a manutenção das suas capacidades.

Torna-se interessante verificar que a paciente P. D. teve uma reação inicial de envolvimento, participação e reatividade nas sessões de musicoterapia que manteve ao longo da intervenção, não se verificando uma evolução gradual na sua participação e/ou envolvimento.

Segue-se um quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica com a P.D. de acordo com as grelhas de observação. Os critérios de avaliação basearam-se na intensidade e frequência com que o paciente participava nas sessões, nomeadamente: o critério "Nada", equivale a nenhum tipo de ocorrência; o critério "Pouco", equivale a que tenha ocorrido poucas vezes; e, o critério "Muito", equivale a um ato que tenha ocorrido muitas vezes.

Tabela 7

*Quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica em sessões individuais com a P.D. com os seguintes critérios de avaliação: Muito (**M**), Pouco (**P**) e Nada (**N**), de acordo com a intensidade e a frequência da participação nas sessões no início e no final do período de intervenção.*

Nível de Intervenção	**Nada**		**Pouco**		**Muito**	
Data de Avaliação / **Intervenção**	15.11.12	21.06.13	15.11.12	21.0613	15.11.12	21.0613
Participa em atividades instrumentais	X					X
Interage com o terapeuta musicalmente					X	X
Interage com o terapeuta verbalmente	X			X		
Revela estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia				X	X	
Revela estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	X	X				
Manifesta comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	X	X				
Manifesta comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia					X	X
Revela ativação motora nas sessões de musicoterapia					X	X
Revela ativação motora fora das sessões de musicoterapia	X	X				
Revela ativação emocional nas sessões de musicoterapia					X	X
Revela ativação emocional fora das sessões de musicoterapia			X	X		

Estudo de Caso II

B.B. (Sessão de Grupo)

Descrição do Sujeito

O B.B. tem 74 nos de idade, é do sexo masculino e encontra-se no CATEI desde 2008. É viúvo, tem três filhos, mas não tem qualquer tipo de relacionamento com os mesmos. O seu historial de vida relata o facto de ter sido um homem independente, que trabalhou na construção civil em vários países, incluindo países que se encontravam em guerra, como o Iraque. Segundo os filhos, o B.B. nunca valorizou a família e há relatos de alguns episódios de violência doméstica. Ao ser institucionalizado, os filhos do paciente fizeram questão de referir que não querem manter contacto com o mesmo.

O B.B. tem diagnosticado Parkinson, Depressão com episódios de agressividade, AVC e HTA. Não tem autonomia, encontra-se em cadeira de rodas, deslocando-se sempre que necessário com apoio dos técnicos auxiliares. Os seus movimentos motores, tanto finos como grossos, encontram-se bastante comprometidos. Apresenta tremores e rigidez muscular facial, nos membros inferiores e superiores. O paciente apresenta redução e lentidão da movimentação motora (acinesia e bradicinesia). A mímica facial é quase inexpressiva, transmitindo com pouca ou nenhuma intensidade sentimentos e emoções. Apresenta distúrbios de sono. A linguagem encontra-se comprometida, devido à rigidez muscular facial. O seu discurso é lento, monocórdico, de difícil perceção, apresenta dificuldade na pronunciação das palavras e no controle da respiração (distúrbios respiratórios). Quando comunica verbalmente, é por palavras ou frases curtas. Tem sialorreia (produção excessiva de saliva e /ou dificuldade na deglutição da mesma). Apresenta por vezes fadiga muscular e dor. A área cognitiva encontra-se aparentemente intacta (raciocínio lógico, memória, perceção, julgamento) sem indicadores de deturpação. O paciente encontra-se medicado.

O B.B. foi encaminhado para as sessões de musicoterapia pela diretora técnica e psicóloga do CRE com o objetivo principal de combater a progressão demencial, contribuir para o seu bem-estar geral e integração no grupo. Foi integrado em sessões de grupo (Grupo A). As sessões realizavam-se uma vez por semana e tinham a duração de 45 a 60 minutos. As sessões de musicoterapia decorreram entre Novembro e Junho, fazendo um total de 29 sessões.

No processo terapêutico do paciente foram realizados dois momentos de avaliação, inicial e final. A avaliação do paciente é baseada na observação direta e no registo audiovisual e escrito, em grelhas de observação e no teste *MMSE* aplicado pelos técnicos da Instituição.

Plano Terapêutico

O Plano Terapêutico do B.B. foi elaborado tendo em conta os seguintes elementos: o teste *MMSE*, previamente aplicado pelos técnicos da Instituição, dados fornecidos pelos mesmos, e observação periódica realizada no local.

O B.B. é um utente com um diagnóstico de depressão, Parkinson e múltiplos avc´s que lhe comprometeram a os membros inferiores e superiores, assim como a linguagem. O B.B., segundo os técnicos da instituição, por vezes, apresenta comportamentos agressivos verbal e fisicamente para com os mesmos. Sendo assim, tendo em conta o diagnóstico do utente traçou-se um plano terapêutico com os seguintes objetivos: abrir canais de comunicação; desacelerar a deterioração cognitiva e motora e combater estados depressivos através da aplicação de técnicas de musicoterapia que incidem em técnicas recetivas e ativas, nomeadamente o canto, a escrita de canções, audição musical, atividades musicais e a prática musical do instrumento.

Tabela 8

Plano Terapêutico de Musicoterapia do B.B.

<table>
<tr><td colspan="3">PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: B.B.
IDADE: 74 anos INÍCIO DO TRATAMENTO: Novembro de 2012
DIAGNÓSTICO: Parkinson, Depressão com períodos de agressividade, AVC, HTA.</td></tr>
<tr><td colspan="3">INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:
Não tem suporte familiar, na medida em que os filhos não se relacionam com o utente, abdicando de qualquer contacto relacional com o mesmo. Encontra-se institucionalizado desde 2008.</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 1: Afasia.</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:
Estimular a comunicação e a expressão verbal.</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cantar letras de canções que lhe sejam familiares;</td><td>Participar ativamente no grupo expressando sentimentos e opiniões pessoais;</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 2:
Episódios frequentes de agressividade.</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:
Apresentar um decréscimo dos níveis de ansiedade e um maior controlo dos impulsos.</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td>Reduzir a frequência de explosões vocais/sonoras;</td><td>Reduzir a ocorrência de atos de agressão verbal;</td><td>Reduzir a frequência de atos impulsivos não contingentes na relação com o outro.</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 3:
Tendência depressiva.</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:
Combater estados depressivos.</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td>Fomentar a integração do paciente no grupo de forma a combater o seu isolamento;</td><td>Aumentar períodos de bem-estar emocional;</td><td>Combater a postura de prostração física e emocional, tornando o paciente mais ativo, dentro das suas capacidades;</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 4:
Deterioração das capacidades motoras e cognitivas.</td></tr>
</table>

OBJECTIVO: Estimular as competências motoras e cognitivas de forma a manter a sua ativação.	
SUB-OBJECTIVOS:	
Participar ativamente no grupo através da prática musical do instrumento;	Reconhecer, identificar e cantar canções que façam parte do seu repertório musical;

Objetivos

No que concerne aos objetivos propostos para a intervenção de musicoterapia com o B.B. prevaleceram os seguintes: Combater a deterioração cognitiva e motora; Contribuir para a diminuição de estados depressivos; Promover momentos de bem-estar na relação consigo e com os outros; Controlar os momentos de ansiedade e agressão.

Descrição das Sessões

A intervenção de musicoterapia com o B.B. teve a duração de 9 meses e 29 sessões. O B.B. estava inserido no grupo mais funcional (Grupo A), composto por 7 elementos. Esteve presente em todas as sessões de musicoterapia.

O seu processo terapêutico pode ser dividido em duas fases, uma primeira fase que ocorreu de Novembro a Fevereiro, e uma segunda fase que ocorreu de Março a Julho.

O estagiário nunca assistiu pessoalmente a comportamentos de agressividade por parte do utente, nem dentro nem fora do espaço terapêutico. Estes episódios foram sempre relatados por técnicos e utentes da instituição, e normalmente aconteciam com um destes. Segundo os técnicos o paciente já tinha demonstrado sentimentos racistas relativamente a alguns técnicos que cuidavam deste, sendo estes de origem africana. O paciente recusava-se a ser auxiliado por estes, recusando o toque, e agredindo verbalmente os auxiliares. Vários utentes chegaram a relatar comportamentos agressivos que o B.B. tinha com estes. Estes fatores contribuíam para um isolamento do mesmo, a sua linguagem que por si se encontrava comprometida e por vezes era impercetível, era reduzida a uma postura de não comunicação. Os restantes utentes não comunicavam com o B.B. e vice-versa. A comunicação era muito básica e por vezes sem resposta (por exemplo: “sai daí!”).

Numa fase inicial, as sessões tiveram como propósito o estabelecimento da relação entre os pacientes e o terapeuta e a relação entre os próprios pacientes, que apesar de residirem na mesma Instituição alguns não estabelecem relações entre si.

O B.B. apresentava-se com uma postura mais tímida, não interventiva, sem iniciativa no grupo, e ficava envergonhado quando a atenção lhe era dirigida individualmente. Apresentava uma postura de prostração na cadeira de rodas, chegando inclusive a adormecer várias vezes durante a sessão. Nunca participava verbalmente, acatava tudo o que era dito e falado pelos restantes elementos do grupo. Participava ativamente nas sessões tocando vários instrumentos de percussão que lhe eram colocados na mão, sem iniciativa para escolher o instrumento que pretendia tocar.

Com o decorrer das sessões de musicoterapia o B.B., em sessões de musicoterapia onde se realizava escuta musical e interpretação de sentimentos e pequenos trechos musicais, foi-se tornando gradualmente mais desinibido e participativo. Partilhava com o grupo, através de frases curtas e por vezes impercetíveis, a sua opinião e os seus gostos musicais, contribuindo para a construção do *ISO* musical do grupo. A sua identidade musical direcionava-se para as músicas de danças de salão, com preferência pelo *Tango*, e para as canções populares tradicionais, com preferência por um instrumental de acordeão.

O B.B. tornou-se gradualmente mais participativo e comunicativo, sem intervenções espontâneas no grupo, intervindo apenas quando lhe era dado espaço ou lhe era dirigida a atividade.

Contudo, houve um período de viragem no decorrer das sessões, que coincide com várias situações, nomeadamente, o facto de o grupo ter ficado reduzido a cinco elementos (por falecimento e internamento de dois elementos), e com a aplicação de uma técnica da musicoterapia, a escrita de canções. Este momento ocorre a meio das sessões, em Março, na

17ª sessão de musicoterapia e marca o início de um novo período com este paciente, e consequentemente com o grupo em geral.

Foram realizadas atividades que proporcionavam a expressão de sentimentos e a escrita criativa com audição musical de instrumental, e o B.B. manifestava o que sentia de uma forma profunda e poética. A sua respiração alterava-se nestes momentos, tornando-se mais ofegante quando se aproximava a sua vez de se expressar. Dizia frases onde manifestava emoções e sentimentos relativamente a objetivos que nunca alcançou, a situações que gostaria ainda de vir a concretizar, situações relacionais (nunca mencionando a família), e sensações que estava a ter no momento. Começou a ser espontâneo. A música e a escrita de canções foram o suporte que serviu de desbloqueador e contentor emocional.

O B. B. nunca mencionou períodos da sua infância, nem situações relacionadas com a família, a fase da sua vida a que sempre se reportava durante as sessões eram períodos específicos da sua vida adulta (reportava-se sempre aos mesmos momentos), onde já se encontrava casado e com filhos, mas onde estes não se encontravam presentes. Falava desses momentos com saudosismo e felicidade. Um desses momentos era quando dançava semanalmente numa escola de danças de salão.

Os temas abordados nas sessões eram maioritariamente lançados pelo terapeuta no início da sessão. Contudo nas sessões finais, acontecia serem elementos do grupo a lançar o tema, como por exemplo, o tema da morte. Começou a haver uma maior abertura aos temas lançados. O B.B. tornou-se um elemento importante para o grupo, na medida em que contribuiu para a abertura de canais de comunicação e para a entrega pessoal de cada elemento. O paciente nunca mencionou a família em todas as sessões, apenas quando lhe era perguntado quantos filhos tinha.

Com o evoluir das sessões foi sendo notória uma maior entrega e revelação pessoal do B.B. ao grupo, encontrava-se perfeitamente integrado no grupo terapêutico. A sua

manifestação emocional tornou-se mais visível, chorando em algumas sessões. Quando isto acontecia, tornava-se difícil a comunicação com o B.B., este deixava de estabelecer contacto ocular, de comunicar com o outro, e sentia necessidade de se isolar e recolher interiormente. Perguntava pelo terminar da sessão (ainda que esta estivesse a decorrer a meio) e se era o dia em que se reza o terço na instituição. A postura corporal revelava esse estado de espírito, ficava como que fechada e recolhida, a sua cara "fechava-se" com um baixar da cabeça e do olhar.

Segue-se a letra da canção realizada por três elementos do Grupo A, incluindo o B. B. que marca o virar da participação e da forma de estar do paciente no grupo, criada na 17ª sessão de musicoterapia:

Uma casa é um lugar

Onde o ser humano

Quer ser feliz.

É o sonho da minha vida.

É onde se encontra a minha paixão.

Oh sol, ilumina o meu lar!

És o sonho da manhã.

És alegria.

Fazes-me sentir bem.

Aqueces o pobre dos pobres.

O meu sonho está fechado à minha espera,

Se seguir o bom caminho

Encontrarei a felicidade.

Vou encontrar o meu caminho escondido,

Pelo amor que se soltar

E que eu espero encontrar.

Procuro o meu amor à distância,

Na esperança de o encontrar pelo caminho,

Ao pé de uma bela sombra,

Rodeado por mimos da natureza,

A coisa mais bela que podemos ter,

Encontrarei o símbolo do amor,

O amor de mãe.

(letra: B. B., Iv. e I.C.)

Resultados Finais

Segundo o plano terapêutico, os resultados finais advém de um progresso gradual positivo do B.B. em reação às sessões de musicoterapia e aos objetivos traçados para o mesmo. Constatou-se uma abertura de canais de comunicação entre o B.B. e a terapeuta assim como com alguns elementos do grupo, houve uma ativação do estado geral do mesmo durante as sessões e por vezes, em períodos pós-sessão. Verificou-se uma manutenção das suas competências motoras e cognitivas que, por sua vez, contribuiu para combater a deterioração cognitiva e demencial do paciente. Verificaram-se alguns episódios de agressividade verbal ocorridos fora do espaço terapêutico, entre o paciente e algumas técnicas da Instituição. Contudo, tal nunca ocorreu dentro do espaço terapêutico. Com a continuidade das sessões e

da intervenção terapêutica seria interessante e benéfico para o paciente, alargar os objetivos e trabalhar a relação com o outro, nomeadamente com elementos da Instituição; assim como, diminuir sentimentos e atitudes de revolta, abordando e trabalhando o tema da família.

Segue-se um quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica com o B.B. de acordo com as grelhas de observação.

Tabela 9

*Quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica em contexto grupal do B.B., com os seguintes critérios de avaliação: Muito (**M**), Pouco (**P**) e Nada (**N**), de acordo com a intensidade e a frequência da participação nas sessões no início e no final do período de intervenção.*

Nível de Intervenção	**Nada**		**Pouco**		**Muito**	
Data de Avaliação / **Intervenção**	08.11.12	21.06.13	08.11.12	21.0613	08.11.12	21.0613
Participa em atividades instrumentais					X	X
Interage com o terapeuta musicalmente	X					X
Interage com o terapeuta verbalmente	X					X
Revela estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	X			X		
Revela estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia				X	X	
Manifesta comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia		X			X	
Manifesta comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia				X	X	
Assume um papel interventivo no grupo	x					X
Assume funções de seguidor no grupo					X	X
Revela ativação motora nas sessões de musicoterapia			X			X
Revela ativação motora fora das sessões de musicoterapia			X			X
Revela ativação emocional nas sessões de musicoterapia	X					X
Revela ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	X			X		

Outras intervenções clínicas

Neste estágio foram realizadas mais três intervenções clínicas em grupo, as intervenções aos Grupos A, B e C. Contudo, gradualmente, por motivos de saúde (internamento e morte) e de grande deterioração dos elementos, o Grupo C ficou reduzido a dois elementos, o que fez com que a meio do período do processo de intervenção terapêutica houvesse alteração dos grupos, ficando apenas a existir os grupos A e B. Houve também uma intervenção clínica em contexto individual, de um utente acamado que se encontrava em cuidados paliativos. Esta intervenção durou de Novembro de 2012 a Janeiro de 2013 e terminou por motivos de falecimento do paciente.

Grupo A

O Grupo A é constituído por 7 elementos (I.C., L.V., C.L., B.B., MªJ., D.O. e Mª C.). Têm idades compreendidas entre 74 e os 90 anos. O período de intervenção ocorreu entre Novembro de 2012 e Junho de 2013, com sessões semanais de 45 minutos. Apesar das diferenças de idade, os elementos do grupo encontram-se com o mesmo grau de funcionalidade física e mental, sendo essa a razão prioritária para a constituição do mesmo. O diagnóstico comum a todos os elementos do grupo consiste em AVC´s, Demência, AIT´s , Depressão e isolamento. O *ISO* musical do grupo baseia-se no cancioneiro tradicional português.

O Grupo A, foi constituído como sendo o grupo mais funcional devido às características cognitivas dos seus elementos. Exceto dois elementos do grupo, todos têm a parte motora e a autonomia comprometida.

O grupo mostrou-se bastante participativo e interessado ao longo das sessões de musicoterapia. Foi notória a evolução como grupo e de alguns elementos a nível individual. Inicialmente o grupo apresentava-se apreensivo com as sessões, os elementos mostravam-se pouco participativos, exceto um dos elementos (o elemento mais ativo e independente) que desde o início tentou manipular o grupo e quando começou a ter que dar espaço aos outro elementos, acabou por desistir das sessões. Embora por vezes aparecesse, dizendo que ia só cumprimentar, cantava uma música e depois saía da sala onde decorriam as sessões. Com o decorrer das sessões o grupo foi alterando a sua postura. Inicialmente, as sessões eram confundidas pelos elementos do grupo, como sessões de animação musical, mas posteriormente, (e foi o único grupo onde aconteceu) havia uma distinção entre o espaço exterior e o espaço terapêutico, nos diálogos que se faziam, na forma de estar que era diferente entre os elementos do grupo dentro do espaço terapêutico (fora do espaço

terapêutico, praticamente não existia interação entre os mesmos e alguns dos elementos isolavam-se do resto do grupo, devido à deterioração dos mesmos).

Numa primeira fase as sessões eram mais estruturadas com uma maior intervenção do estagiário, mas numa segunda fase, o grupo começou a "dar" e a entregar-se à música e ao próprio grupo em si. Houve vários líderes.

Verificou-se um "despertar" e uma ativação emocional e motora em todos os elementos do grupo, embora em alturas diferentes da intervenção. O nível socio-relacional progrediu. Houve uma reatividade do grupo ao que era proposto assim como uma ativação do mesmo durante as sessões de musicoterapia. O espaço terapêutico tornou-se um local de expressão verbal e musical, proporcionaram-se temas de conversa (como a família, o passado, o presente, o futuro, a morte, objetivos pessoais, desejos, relações interpessoais, entre outros…) lançados tanto pelo terapeuta como por elementos do grupo, mas estes temas eram maioritariamente trazidos pela própria música que suscitava sentimentos e emoções que reportavam a determinadas alturas específicas da vida.

Foi possível realizar jogos musicais, jogos de interpretação de imagens acompanhados por audição musical de instrumento, escrita de uma canção, prática de instrumentos, atividades de improvisação de letras de canções. A improvisação musical surgiu apenas no final das sessões de musicoterapia. Foi como se houvesse um caminho musical, relacional e cognitivo, que tivesse que ser percorrido antes de chegar à fase de improvisação (devido a tudo o que esta fase implica). O grupo precisou sempre de estrutura e a improvisação surge numa fase em que o grupo já se conhece musicalmente e o ambiente socio relacional entre os elementos se encontra mais dinâmico.

O quadro que se segue baseia-se nas grelhas de observação, que foram aplicadas em dois momentos de avaliação, e demonstra a evolução do grupo.

Tabela 10

Resumo do quadro de avaliação da intervenção com o grupo A, aplicado em dois momentos, pré e pós intervenção terapêutica, através de indicadores do nível de ativação dos pacientes dentro e fora das sessões de musicoterapia. Os números correspondem ao número de pacientes.

Nível de intensidade e frequência de participação	**MUITO**		**POUCO**		**NADA**	
Momento de Avaliação / **Intervenção**	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Participação em atividades instrumentais	7	6	0	1	0	0
Interação com o terapeuta musicalmente	3	6	2	0	2	1
Interação com o terapeuta verbalmente	3	7	2	0	2	0
Revelação de estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	0	1	0	0	7	6
Revelação de estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	4	3	2	2	1	2
Manifestação de comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	3	1	2	0	2	6
Manifestação de comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia	6	3	0	3	1	1
Assumem funções interventivas no grupo	1	4	0	0	6	3
Assumem funções de seguidores no grupo	7	7	0	0	0	0
Revelação de ativação motora nas sessões de musicoterapia	7	7	0	0	0	0
Revelação de ativação motora fora das sessões de musicoterapia	3	5	3	1	1	1
Revelação de ativação emocional nas sessões de musicoterapia	1	6	6	0	0	0
Revelação de ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	0	6	0	0	7	1

Grupo B

O grupo B é constituído por sete elementos, dois elementos do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Contudo, ao fim de algumas sessões ficou reduzido a três elementos devido ao falecimento de dois elementos (M e J.G.), ao internamento de um elemento (A.D.G.) e a um outro elemento que deixou de vir às sessões (M.F.S). Este facto fez com que a meio do período do decorrer das sessões, e tendo em conta o diagnóstico e grau de deterioração dos mesmos, juntasse o grupo B com o grupo C.

Trata-se de um grupo com elementos bastante deteriorados tanto a nível motor como a nível cognitivo. O diagnóstico comum aos elementos do grupo é Demência, Depressão, Ansiedade, AVC´s e AIT´s. Os momentos de lucidez eram escassos e pontuais. Verificou-se evolução no grupo, na forma de estar e nas estereotipias de alguns elementos, assim como na participação musical. Observou-se, de um modo geral, reatividade às sessões de musicoterapia.

As sessões eram essencialmente de prática instrumental e canto, de forma a exigir uma ativação das capacidades motoras e emocionais, assim como da concentração dos elementos do grupo. O grupo mostrava-se inicialmente sempre resistente à prática do instrumento, preferindo a audição musical. Por vezes, os instrumentos eram distribuídos, e estes deixavam-nos em cima do colo, negando verbalmente e fisicamente a sua utilização. Com o decorrer das sessões e insistência na prática coletiva de instrumentos musicais, foi-se verificando uma ativação motora, e uma postura presencial nas sessões, havia contacto ocular. A meio do decorrer das sessões foi possível verificar uma linguagem musical do grupo, quando tocávamos todos em conjunto, sendo que curiosamente, nunca o houve fisicamente (pois havia pacientes que tinham pouco momentos de lucidez, estereotipias, comportamentos do género obsessivo compulsivo, como por exemplo, a tentativa constante de se despir, sendo

difícil manter o grupo em círculo, havendo elementos a circularem pela sala) nem verbalmente. O grupo encontrava-se musicalmente, já que fisicamente não o faziam.

Em comparação com o grupo A, pode-se dizer que quanto menor a noção da realidade e a abstração da mesma por parte dos elementos, mais significativa é a linguagem musical e mais fácil se torna a prática da improvisação musical, pois os elementos não sentem necessidade da estruturação e da segurança musical que se verificou no grupo A.

Contudo, este grupo requeria uma continuidade musicoterapêutica de forma a dar continuidade a manutenção das suas competências e à sua estimulação de forma a combater a deterioração progressiva das suas capacidades.

Segue-se a tabela que resume o quadro de avaliação da intervenção com o grupo B.

Tabela 11

Resumo do quadro de avaliação da intervenção com o grupo B, aplicado em dois momentos, pré e pós intervenção terapêutica, através de indicadores do nível de ativação dos pacientes dentro e fora das sessões de musicoterapia.

Nível de intensidade e frequência de participação	**MUITO**		**POUCO**		**NADA**	
Momento de Avaliação / **Intervenção**	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Participação em atividades instrumentais	1	3	5	0	1	0
Interação com o terapeuta musicalmente	3	3	2	0	2	0
Interação com o terapeuta verbalmente	5	3	1	0	1	0
Revelação de estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	0	0	1	1	6	2
Revelação de estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	3	2	3	1	1	0
Manifestação de comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	3	0	1	0	3	3
Manifestação de comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia	6	1	0	0	1	2
Assumem funções interventivas no grupo	0	1	1	0	6	2
Assumem funções de seguidores no grupo	7	3	0	0	0	0
Revelação de ativação motora nas sessões de musicoterapia	6	3	0	0	1	0
Revelação de ativação motora fora das sessões de musicoterapia	1	2	0	0	6	1
Revelação de ativação emocional nas sessões de musicoterapia	3	2	2	0	2	0
Revelação de ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	2	2	3	1	2	0

Grupo C

O grupo C é constituído por 6 elementos, dois elementos do sexo masculino e quatro elementos do sexo feminino. O diagnóstico comum aos elementos do grupo é Demência, Ansiedade, AVC´s, AIT´s, Ansiedade, Alzheimer e Parkinson. Contém elementos em estados avançados de deterioração cognitiva. Posteriormente, o grupo C passou a ser constituído por 5 elementos por falecimento de um dos elementos (Sr.A) e decidiu-se juntar com o grupo B.

As caraterísticas dos elementos do grupo C, eram semelhantes aos do grupo B, contudo, tinham dois elementos que se encontravam num estado avançado de Alzheimer. Os dois elementos com a doença de alzheimer eram bastante reativos à música.

A prática do instrumento por parte dos mesmos, muita das vezes acabava em movimentos rítmicos estereotipados, abstraindo-se de tudo o que estava ao seu redor. Através de sessões de prática do instrumento e canto, foi possível estimular a expressão verbal no A., um dos elementos com alzheimer em fase avançada que já se encontrava com a linguagem comprometida, e obter momentos de lucidez e de descrição lógica de situações, trazidas pelo canto de músicas que iam de encontro ao ISO musical do paciente. Estes momentos são breves e acabam com o regresso ao estado de confusão e abstração mental, como se houvesse um acordar momentâneo e depois um voltar a adormecer. Foi revelador e intenso verificar e sentir o poder que a música tem.

Foi também possível verificar, por vezes, em ambos os elementos com o diagnóstico de alzheimer, uma reação crescente do estado de perturbação e agitação perante a música, mesmo proporcionando um momento calmo e tranquilizante, de forma a tentar ir ao encontro do paciente e acalma-lo. Quando este comportamento ocorria, geralmente, o paciente tentava sair da sessão. Chegou-se a sugerir que estes pacientes tivessem sessão individual, mas por incompatibilidade de horário, não foi possível fazê-lo.

Com este grupo não chegou a ser criada dinâmica de grupo, a captação da atenção tinha que ser constante, assim com a estimulação, sempre individualizada, e não havia a noção do "outro". Era muito fácil "perder" o paciente numa postura abstrativa e apática, o que requeria atividade constante e a tentativa de momentos musicais comuns. O ideal teria sido intervenção individualizada com cada paciente.

Mesmo assim, pode-se dizer que o grupo apresentou responsividade às sessões de musicoterapia. Observou-se reatividade a processos musicais de reminiscência, principalmente com os pacientes com Alzheimer.

Segue-se uma tabela com o resumo do quadro de avaliação da intervenção com o grupo C.

Tabela 12

Resumo do quadro de avaliação da intervenção com o grupo A, aplicado em dois momentos, pré e pós intervenção terapêutica, através de indicadores do nível de ativação dos pacientes dentro e fora das sessões de musicoterapia.

Nível de intensidade e frequência de participação	**MUITO**		**POUCO**		**NADA**	
Momento de Avaliação / **Intervenção**	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS	PRÉ	PÓS
Participação em atividades instrumentais	5	4	1	1	0	0
Interação com o terapeuta musicalmente	5	4	1	1	0	0
Interação com o terapeuta verbalmente	6	6	0	0	0	0
Revelação de estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	3	2	1	1	2	2
Revelação de estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	3	1	2	2	1	1
Manifestação de comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	1	1	0	0	5	3
Manifestação de comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia	2	2	0	0	4	3
Assumem funções interventivas no grupo	1	4	0	0	5	1
Assumem funções de seguidores no grupo	6	5	0	0	0	0
Revelação de ativação motora nas sessões de musicoterapia	4	5	1	1	0	0
Revelação de ativação motora fora das sessões de musicoterapia	4	3	1	1	1	1
Revelação de ativação emocional nas sessões de musicoterapia	4	3	1	1	1	1
Revelação de ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	0	0	2	1	4	4

Intervenção Individual

O S. tem 81 anos de idade, e foi institucionalizado no CATEI em 2011. Tem suporte familiar (esposa, filhos e netos). Tem diagnosticado Diabetes e vários AVC´s (ocorridos na instituição). Encontra-se acamado, em cuidados paliativos e em fase terminal.

A intervenção musicoterapêutica com o S. teve a duração de 6 sessões de musicoterapia, entre 15 de Novembro de 2012 e Janeiro de 2013. As sessões ocorreram semanalmente e tiveram a duração de 30 minutos. A sessão realizava-se no quarto do paciente, uma vez que este se encontrava acamado.

O paciente tinha a linguagem verbal comprometida, mas reagia à música, através de movimentos corporais e faciais. A expressão que existia era física, como se houvesse uma linguagem corporal da parte do paciente. A técnica musicoterapêutica utilizada era meramente recetiva, através do canto e da utilização da guitarra. O *ISO* musical do paciente foi obtido através de informações dadas pelos técnicos e baseava-se no cancioneiro tradicional português.

O objetivo das sessões era proporcionar momentos de bem-estar emocional e cognitivo através da escuta auditiva.

Segue-se a grelha de avaliação da intervenção, aplicada ao S. no início da intervenção terapêutica.

Tabela 13

*Quadro representativo da avaliação inicial da intervenção musicoterapêutica individual com o S., com os seguintes critérios de avaliação: Muito (**M**), Pouco (**P**) e Nada (**N**), de acordo com a intensidade e a frequência da participação nas sessões no início e no final do período de intervenção.*

Grelha de Avaliação de Intervenção (sessão individual)

Nome : Sr. S. Idade: 81 anos

Data início de Intervenção: 15.11.12 Data de observação: 15.11.12

Nível de intervenção / Intervenção	**Nada**	**Pouco**	**Muito**
Participa em atividades instrumentais	X		
Interage com o terapeuta musicalmente	X		
Interage com o terapeuta verbalmente	X		
Revela estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia			X
Revela estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia			
Manifesta comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	X		
Manifesta comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia			X
Revela ativação motora nas sessões de musicoterapia			X
Revela ativação motora fora das sessões de musicoterapia			
Revela ativação emocional nas sessões de musicoterapia			
Revela ativação emocional fora das sessões de musicoterapia			

Discussão de resultados

A demência tem-se revelado, de um modo geral, uma patologia comum no idoso institucionalizado, seja associada a outras patologias demenciais, como Alzheimer e/ ou Parkinson, seja pela deterioração natural de todo o processo de envelhecimento. A progressão do processo demencial ocorre até ao ponto da incapacitação do estado geral do idoso. A manutenção das suas capacidades torna-se crucial no processo de desaceleramento da deterioração cognitiva, emocional e motora.

A musicoterapia revelou-se bastante eficaz e adequada no combate à deterioração cognitiva, emocional e motora no idoso. Além de ser um meio facilitador de comunicação, através da abertura de canais de comunicação, é um potencial ativador de memórias, de motivação, de expressão cognitiva, emocional e de estimulação sócio relacional. Segundo Aldridge (2002), a intervenção musicoterapêutica tem sido usada com pacientes demenciais em contextos cognitivo-comportamentais e psicoterapêuticos com o objetivo de melhorar e manter competências cognitivas, emocionais e físicas, tais como, reorientação, fisioterapia, manutenção de comportamentos sociais, competências recetivas e expressivas de linguagem, redução da ansiedade, manutenção das funções da memória, aumento de sentimentos positivos e de autoexpressão criativa. Foi visível a ativação física e /ou emocional que a música provocava nos utentes. Independentemente do grau mais avançado ou menos avançado da patologia, a intervenção musioterapeutica potenciou nos pacientes catarse emocional, promoveu a ligação socio-relacional, permitiu períodos de comunicação a utentes que se encontravam com a linguagem comprometida, novas dinâmicas relacionais, estimulou movimentos corporais e rítmicos, combatendo a deterioração progressiva das capacidades inerente à demência e aos problemas associados no idoso institucionalizado. Estes resultados puderam ser observados e registados ao longo da intervenção. Desta forma pode-se constatar que os objetivos traçados inicialmente foram alcançados. Sacks e Tomaino (1991, in

Aldridge, 2002), afirmam que a música elicita emoções e associações que foram por vezes esquecidas, dando ao paciente novamente acesso a memórias e estados de espírito, pensamentos e mundos aparentemente esquecidos.

A aplicação desta terapêutica deve ser feita num processo de manutenção de competências, logo deve ser uma atividade regular e de duração prolongada. Só assim faz sentido a sua aplicação nesta população.

A adesão e a recetividade positiva, quer por parte da Instituição quer da população, a esta terapêutica, revela a necessidade de ambos relativamente à prática institucional da musicoterapia. Foram muito recetivos, e, do ponto de vista geral a musicoterapia foi tida como uma atividade essencialmente lúdica de promoção do bem-estar e lazer. Contudo, existe um reconhecimento e uma abordagem diferente por parte dos técnicos psicólogos da Instituição, que reconhecem a sua vertente terapêutica.

O facto de a musicoterapia ter esta componente de estreita ligação com o lúdico, acelerou a componente relacional entre os pacientes e o terapeuta, assim como a integração do terapeuta no contexto institucional.

Neste processo, e sobretudo na elaboração dos objetivos terapêuticos, foi tomada em consideração a fundamentação teórica (DSMIV-TR,2000; Aldridge, 2002; Sequeira, 2010), que identifica e caracteriza as principais fragilidades e problemáticas inerentes a esta população, entre as quais se destacam, a deterioração progressiva das capacidades motoras e cognitivas, o isolamento, a depressão e em, alguns casos, a agressividade verbal e/ou física. Neste sentido, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica segura e confiante, utilizando a música como principal mediador, através da qual os pacientes se puderam expressar, de uma forma criativa, e simultaneamente trabalhar competências socio relacionais, emocionais, motoras e cognitivas.

Os objetivos foram, de um modo geral, alcançados, tendo ocorrido resultados no processo de manutenção de competências, e não tanto, no desenvolvimento de competências. Foi notória a necessidade de dar continuidade à intervenção terapêutica, não só pelo ritmo lento individual de reação e progresso face à intervenção terapêutica, mas também pela qualidade que todo o processo terapêutico pode proporcionar aos pacientes.

As sessões foram mais diretivas numa primeira fase, onde foi necessário estabelecer regras e limites que permitissem uma modelação do trabalho musicoterapêutico. À medida que os utentes iam ganhando familiaridade com o processo, e alguma autonomia, o facilitador foi concedendo a diretividade das sessões aos utentes, responsabilizando-os pelo seu próprio desenvolvimento. Houve necessidade de adaptação por parte do estagiário numa fase inicial ao ritmo dos pacientes, a todo um andamento mais lento, quer na fala, quer na respiração, na perceção, na execução, no movimento, na compreensão…caraterístico dos mesmos.

Os resultados dos testes aplicados em ambos os estudos de caso possuíram uma função analítica, e não estatística, ou seja, pretendia-se que fornecessem dados sobre o progresso da intervenção musicoterapêutica, o que se registou. Houve sempre uma reflexão continuada sobre o processo e sobre as possibilidades de intervir com eficácia, acompanhada de um conjunto de apontamentos e reflexões escritas para cada grupo e individuais nos casos de intervenção individual em relação à identificação de fatores e desenvolvimentos terapêuticos.

Em tom conclusivo, consideramos que a intervenção musicoterapêutica a esta população é extremamente adequada e indicada, dadas as especificidades da sua intervenção. A linguagem musical, permite que a expressão emocional ocorra de uma forma livre, sem bloqueios condicionantes, o que é fundamental para a integração, valorização e socialização do paciente.

Reflexão Final

O presente estágio permitiu adquirir conhecimentos e uma importante experiência prática da intervenção musicoterapêutica com idosos portadores de patologias demenciais e degenerativas.

A experiência foi bastante enriquecedora da perceção do trabalho que o psicoterapeuta desenvolve nestes contextos de intervenção e com esta população específica. Foi possível verificar e compreender as necessidades de se desenvolverem metodologias e instrumentos necessários para uma melhor planificação e avaliação da intervenção musicoterapêutica com idosos, em contexto residencial.

Desenvolveram-se práticas de trabalho cooperativo com os restantes técnicos da instituição, reconhecendo o quão importante é ir ao encontro das necessidades e dificuldades específicas do idoso. O estágio com a população idosa foi um processo de aprendizagem crescente. Quando ocorre o início da intervenção as dúvidas são muitas e a insegurança que se sente leva-nos a questionar várias situações, nomeadamente em relação a efeitos colaterais da nossa prática e à adequação da mesma. A fragilidade dos pacientes, mostra-nos quão sensível é o terreno que pisamos. Existe uma grande necessidade de aprofundar conhecimento relativamente às patologias com que lidamos, de forma a conhecer e compreender as reações do sujeito de intervenção. Torna-se um desafio surpreendente o processo relacional dentro do espaço terapêutico. Houve necessidade de recorrer constantemente à orientação quer de técnicos da instituição quer à orientação da professora Drª Teresa Leite, no processo de interpretação e análise de comportamentos que ocorriam nas sessões.

Neste tipo de intervenção terapêutica sente-se que o desenvolvimento pessoal tem um ritmo próprio, e fica a sensação de que o período de intervenção termina quando o processo terapêutico ainda vai a meio.

A nível institucional, a prática da musicoterapia permitiu contribuir para uma tomada de conhecimento, por parte dos técnicos da instituição, da complementaridade desta relativamente às restantes intervenções terapêuticas. Foi visível a curiosidade e o interesse dos técnicos em relação à prática da musicoterapia. A alegria, a abertura e a disponibilidade dos mesmos, facilitou o processo de integração na instituição e a relação com os próprios utentes. A música e a vontade de intervir na prática também foram fatores importantes na adaptação e ao longo de todo o período de estágio.

Confesso que fiquei fascinada com o poder da música no espaço terapêutico. São vivências fortes, proporcionam-se momentos de espontaneidade emocional e comportamental, como se houvesse uma forma de ser e estar para além da patologia. Existe uma linguagem comum. A música funciona como um elo de ligação entre o terapeuta e o paciente, e funcionou como um grande facilitador de relação.

Em termos de experiência/ aprendizagem, pode dizer-se que foi significativa para o estagiário quer em termos metodológicos e técnicos, quer ao nível da intervenção terapêutica. O estágio permitiu a aquisição de novas competências e o desenvolvimento profissional e pessoal.

Referências Bibliográficas

Aldridge, D. (2002). *Music Therapy in Dementia Care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Aldridge, D. & Aldridge, G. (1992). Two epistemologies: music therapy and medicine inthe treatment of dementia. *The Arts in Psycotherapy*, 19, 243-255.

Association, A.P. (2006). DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística asPerturbações Mentais, 4ªedição. Lisboa: Climepsi Editores

Benenzon, R. (1988).*Teoria da Musicoterapia*. Summus Editorial LTDA. Brasil

Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora: Porto

Bright, R. (1997). *Music Therapy and the dementias: Improving the Quality of Life*. 2ªedição. St Louis, MMB

Bruscia, Kenneth E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Universidade de Califórnia: C.C. Thomas

Cardão, S. (2009). *O idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler

Castro-Caldas, A. (2005). O Cérebro e as suas funções. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 1-10).Lisboa: Lidel.

Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, critique. Am J Geriatr Psychiatry 2001;9:361–81.

Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra

Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M. & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição deEnvelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20* (1), 81- 86.

Davis, L. (1986). *The role of occupational therapy with the elderly*, Rockville: AmericanOccupational Therapy Association.

Decreto-lei nº67/2012 de 21 de Março. *Diário da Republica nº58 – 1ª série*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa

Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra. Edição Formasau Formação e Saúde.

Galdeano, L., Rossi, L., Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de umEstudo de Caso Clínico. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, Maio Junho, 11(3):371-5

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M. A., et al. (1994). Adaptação à populaçãoportuguesa da tradução do " Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*,1:9.

INE- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situaçãodemográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Serviço deEstudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE.

Jacob, M. (2004). *Geriatria em Comprimidos.* Rio de Janeiro: Editora José Olympio.

Jonhson, C., Lahei, P. & Shore, A. (1992). An exploration of creative and therapeuticgroup work on an Alzheimer´s unit. *The Arts in Psycotherapy* 19, 269-277.

Lima, N. (2010). Como Rejuvenescer a Mente. In: Idade Maior: Saber Viver. Disponível em: http://www.idademaior.iol.pt/bem-estar/ginastica mental/comorejuvenescer-a-mente/, consultado em 12 de Dezembro de 2012.

Lin, Shuai-Ting; Yang, Pinchen; Lai, Chien-Yu; Su, Yu-Yun; Yeh, Yi-Chun; Huang, MeiFeng; Chen, Cheng-Chung.(2011). Mental Health Implications of Music :Insightfrom Neurocientifical and Clinical Studies. *Harvard Review of Psychiatry*. Jan, Vol. 19 (1), p34-46. 13p. DOI: 10.3109/10673229.2011.549769.

Nunes, B. (2005). A demência em números. In: A.C. Caldas e A .Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras doenças em Portugal*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Paúl, C. M. (1997). *Lá para o fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente.* Coimbra:Almedina.

Petersen, R.C. (2004). Generalidades Conceptuais. In R. C. Petersen (Coord.). *Défice Cognitivo Ligeiro: o envelhecimento e a doença de Alzheimer* (pp. 1-14). Lisboa: Climepsi.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família*. Edição Quarteto.

Sacks, O. (2007). *Musicofilia. Histórias sobre a Música e o Cérebro*. Relógio D´Água Editores: Lisboa

Santana, I. (2005). "A doença de Alzheimer e outras demências. Diagnóstico diferencial". A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal.* Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Santos, C. (2008). *Por Todos. História da Fundação CEBI*. Alverca: Fundação CEBI.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Edição Quarteto.

Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel,Edições Técnicas, Lda

Sherratt, k., Thorton, A. & Hatton, C., (2004). Music interventions for people with dementia: a review of literature. *Aging and Mental Health*. January, 8 (1), 3-12.

Sousa, L. & Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidadosfamiliares na velhice*. 2ª edição. Porto: Âmbar.

Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Spiro, N. (2010). Music and Dementia: Observing effects and searching for underlyingtheories. *Aging and Mental Health*, 14 (8), 891-899.

Vaz, S .(2009). A Depressão do Idoso Institucionalizado. Estudo em Idosos Residentes no Lares do Distrito de Bragança. Tese de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto. Porto. 181 pp.

Wheeler, B. (1981). The Relationship between Music Therapy and Theories of Psychotherapy in: Music Therapy. *The Journal of American Association for Music Therapy*. New York :summer: 1(1): 32-41

Wheeler B., Schultis, C. & Polen D. (2005). *Clinical Training Guide for Music Therapy Students*. Barcelona Publishers.

Whitcomb, J. (1994). I would weave a song for you: therapeutic music and milieu for dementia residents. *Activities, Adaptation and Aging* 18 (2), 57-74.

Wigram, T. (2004). *Improvisation, Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A - Checklist Behaviorista de Manifestações Comportamentais Gerais (Bruscia, 1993)

Anexo B - Plano Musicoterapêutico de Intervenção (versão adaptada de Schultis, 1995)

Anexo C - Grelha de Avaliação da Intervenção Musicoterapêutica

Anexo D - Grelha de Registo de Sessões

Anexo E - Plano Terapêutico

Anexo F - Letras de músicas utilizadas no estudo de caso I

Anexo G - Quadros representativos e pormenorizados da avaliação da intervenção musicoterapêutica com os grupos A, B e C

ANEXO A

Checklist Behaviorista de Manifestações Comportamentais

Checklist Behaviorista de Manifestações Comportamentais Gerais (Bruscia, 1993)

Nome: Dª P.D.

Idade: 80 anos **Data de Observação:** Novembro de 2012

1) Motivação

___Trabalha em função dos objetivos
_x__Participa nas sessões

2) Interacção não-verbal

_x__Estabelece contacto ocular
__x_Contacto físico
_x__Contacto musical

3) Competências comunicativas:

_x__Compreensão linguística
___Fala
___Leitura e escrita
___Linguagem gestual

4) Relacionamento:

_x__Interage com o terapeuta
_x__Relaciona-se positivamente com o terapeuta
___Interage com outros pacientes
___Relaciona-se positivamente com outros pacientes
___Assume papel de líder no grupo
___Trabalha em função dos objetivos do grupo
___Assume função de seguidor no grupo

5) Comportamento Adaptativo

_x__Permanece no quarto

___Permanece no seu lugar
___Comportamento relevante
___Obedece a regras
___Cumpre desejos de outros
___Espera pela sua vez
___Lida com material de forma responsável
___Partilha materiais com outros
___Comportamento seguro

6) Agressividade

___Grita
___Ataca verbalmente o terapeuta
___Ataca verbalmente outros pacientes
___Ataca fisicamente o terapeuta
___Ataca fisicamente outros pacientes
___Destrói propriedade

7) Energia

___Hiperactivo
_x__Hipoactivo
___Impulsivo
___Reflectivo
___Move-se rapidamente
___Move-se lentamente
___Cansado
___Energético
_x__Prostração

8) Capacidades físicas

___Move-se autonomamente
___Utilização dos braços e das mãos
___Presença de tremores e espasmos
_x__Perda de visão
___Perda de audição
___Autonomia wc

___Presença de convulsões

_x__Sem autonomia/ Dependente

9) Orientação/noção da realidade

_x__Orientação temporal

___Orientação espacial

_x__Identidade pessoal

___Memória a curto prazo

___Memória a longo-prazo

___Alucinações/Ilusões

___Relevância comportamental

10) Desvios motores

___Balanço

___Movimentos com perseverança

___Movimentos estereotipados de mãos e dedos

___Movimentos estereotipados da cabeça

___Movimentos estereotipados dos braços

___Movimentos giratórios

___Bugigangas

___Tiques

ANEXO B

Plano Musicoterapêutico de Intervenção (versão adaptada de Schultis, 1995)

Plano Musicoterapêutico de Intervenção Individual (Schultis, 1995)

Nome do paciente:_____

Idade:_____ Data:_____

Informação sobre o paciente (Diagnóstico):
Sistema de suporte (família/ amigos/):
Problemas actuais (Disturbio de sono, deficiência nutricional, dif respiratórias, ansiedade, depressão, zanga, agitação, confusão, necessidade cuidados paliativos, tratamento e terapia):
ISO musical/ preferências:
Observações feitas durante as sessões (o cliente exibe ansiedade, é comunicativo):
Intervenção terapêutica (individual ou em grupo, frequência):
Área de Intervenção terapêutica (ansiedade, depressão, competências, controlo da dor, objectivos terapêuticos estabelecidos pela equipa):

Intervenção e Tratamento (indicação (X) da técnica utilizada e resposta do paciente):

___activa ___receptiva ____passiva
___canto ___lazer/estimulação competências
___jogos musicais ___Composição musical
___improvisação ___Practica musical de instrumento
___relaxamento através de imagética ____Imagética para auto-expressão
___música selecionada pelo paciente
____outro_____
__para auto-expressão ____Escrita lirica
__ audição independente ____Análise lirica
__treino de técnicas de relaxamento
__Música como comunicação não verbal

Objectivos do Tratamento (pretende-se que o paciente …): (exº:___ apresente um decréscimo sintomas de ansiedade)	**Data do objectivo:**	**Esquema de evolução (⇧⇩)**

Objectivos Adicionais (relacionados com necessidades do paciente, agitação, respiração, cognitivo, comunicação não verbal, dor, competências, comunicação, auto-expressão,relaxamento…)

Notas:_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO C

Grelha de Observação e Avaliação da Intervenção Musicoterapêutica

Grelha de Avaliação de Intervenção

Nome:

Idade:

Nível de Intervenção	**Nada**		**Pouco**		**Muito**	
Data de Avaliação / **Intervenção**	15.11.12	21.06.13	15.11.12	21.0613	15.11.12	21.0613
Participa em atividades instrumentais						
Interage com o terapeuta musicalmente						
Interage com o terapeuta verbalmente						
Revela estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia						
Revela estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia						
Manifesta comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia						
Manifesta comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia						
Revela ativação motora nas sessões de musicoterapia						
Revela ativação motora fora das sessões de musicoterapia						
Revela ativação emocional nas sessões de musicoterapia						
Revela ativação emocional fora das sessões de musicoterapia						

ANEXO D

Grelha de Registo de Sessões

Grelha de Registo de Sessões

Nome: **Data:**
Observação Rápida (o paciente está contente/ calmo/ agitado/ sonolento/ triste…):
Tema/ Atividade:
Sumário:
Processamento Técnico (opinião profissional):
Processamento Emocional (opinião pessoal):

ANEXO E

Plano Terapêutico

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: _____

IDADE: _____ INÍCIO DO TRATAMENTO:_____

DIAGNÓSTICO: _____

<table>
<tr><td colspan="3">INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 1:</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 2:</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 3:</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

ANEXO F

Letras de músicas utilizadas no estudo de caso I

Transcrição das letras das canções que eram mais significativas nas sessões com a P.D., sendo a canção do *Malmequer Mentiroso* a que causava um maior impacto emocional na paciente.

Malmequer Mentiroso

Oh, malmequer mentiroso!
Quem te ensinou a mentir?
Tu dizes que me quer bem
Quem de mim anda a fugir!

Desfolhei o malmequer
No lindo jardim de Santarém!
Malmequer, bem-me-quer,
Muito longe está quem me quer bem!

Malmequer não é constante,
Malmequer muito varia!
Vinte folhas dizem morte
Treze dizem alegria!

(letra e música: popular)

Oliveira da Serra

Oliveirinha da serra, o vento leva a flor!
O li-o-lei, só a mim ninguém me leva!
O li-o-lei para o pé do meu amor!

Oliveirinha da serra, o vento leva a ramada!
O li-o-lei, só a mim ninguém me leva!
O li-o-lei para o pé da minha amada!

(letra e música: popular)

Oh Rama, Oh Que Linda Rama

Ó rama, ó que linda rama.
Ó rama da oliveira!
O meu par é o mais lindo
Que anda aqui na roda inteira!

Que anda aqui na roda inteira,
Aqui e em qualquer lugar,
Ó rama, que linda rama,
Ó rama do olival!

Eu gosto muito de ouvir
Cantar a quem aprendeu.
Se houvesse quem me ensinara,
Quem aprendia era eu!

Ó rama, ó que linda rama.
Ó rama da oliveira!
O meu par é o mais lindo
Que anda aqui na roda inteira!

Que anda aqui na roda inteira,
Aqui e em qualquer lugar,
Ó rama, que linda rama,
Ó rama do olival!

Não m'inveja de quem tem
Carros, parelhas, e montes;
Só m'inveja de quem bebe
A água em todas as fontes.

Ó rama, ó que linda rama.
Ó rama da oliveira!
O meu par é o mais lindo
Que anda aqui na roda inteira!

Que anda aqui na roda inteira,
Aqui e em qualquer lugar,

Ó rama, que linda rama,

Ó rama do olival!

(letra e música: popular)

ANEXO G

Quadros representativos e pormenorizados da avaliação da intervenção musicoterapêutica com os grupos A, B e C

Tabela 1

*Quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica com o grupo A, com os seguintes critérios de avaliação: Muito (**M**), Pouco (**P**), Nada (**N**) e Deixou de frequentar as sessões (**X**), de acordo com a intensidade e a frequência da participação nas sessões no início e no final do período de intervenção*.

Nome	B.B.		M.J.		I.C.		I.G.		D.O.		MªC		L.V.	
Data de Avaliação / **Intervenção**	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13
Participação em atividades instrumentais	M	M	M	M	M	M	M	M	M	P	M	M	M	M
Interação com o terapeuta musicalmente	N	M	N	M	M	M	M	M	P	N	P	M	M	M
Interação com o terapeuta verbalmente	N	M	N	M	M	M	M	M	P	M	P	M	M	M
Revelação de estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	N	M	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Revelação de estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	M	P	M	N	P	N	M	M	N	P	P	M	M	M
Manifestação de comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	M	N	M	N	N	N	M	N	P	M	P	N	N	N
Manifestação de comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia	M	P	M	M	M	P	M	P	M	M	M	M	N	N
Assumem funções interventi	N	M	N	N	N	M	N	M	N	N	N	N	M	M

vas no grupo														
Assumem funções de seguidores no grupo	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Revelação de ativação motora nas sessões de musicoterapia	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Revelação de ativação motora fora das sessões de musicoterapia	N	M	P	M	M	M	M	M	P	N	P	P	M	M
Revelação de ativação emocional nas sessões de musicoterapia	P	M	P		P	M	P	M	P	M	P	M	M	M
Revelação de ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	N	M	N	N	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M

Tabela 2

*Quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica com o grupo B, com os seguintes critérios de avaliação: Muito (**M**), Pouco (**P**), Nada (**N**) e Deixou de frequentar as sessões (**X**), de acordo com a intensidade e a frequência da participação nas sessões no início e no final do período de intervenção.*

Nome	A.D.G.		A.B.R.		J.G.		D.A.S.		M.F.S.		M.I.C		M.	
Data de Avaliação / Intervenção	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13
Participação em atividades instrumentais	N	X	P	M	M	X	P	M	P	X	P	M	P	X
Interação com o terapeuta musicalmente	N		N	M	M	X	M	M	P	X	M	M	P	X
Interação com o terapeuta verbalmente	M	X	M	M	M	X	M	M	N	X	M	M	P	X
Revelação de estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	N	X	P	N	N	X	N	P	N	X	N	N	N	X
Revelação de estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	P	X	M	P	N	X	M	M	P	X	M	M	P	X
Manifestação de comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	M	X	P	N	N	X	N	N	M	X	N	N	M	X
Manifestação de comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia	M	X	M	N	M	X	M	N	M	X	N	M	M	X
Assumem funções interventivas no	P	X	N	N	N	X	N	N	N	X	N	M	N	X

grupo														
Assumem funções de seguidores no grupo	M	X	M	M	M	X	M	M	M	X	M	M	M	X
Revelação de ativação motora nas sessões de musicoterapia	N	X	M	M	M	X	M	M	M	X	M	M	M	X
Revelação de ativação motora fora das sessões de musicoterapia	N	X	N	M	N	X	N	N	N	X	M	M	N	X
Revelação de ativação emocional nas sessões de musicoterapia	P	X	N		M	X	M	M	N	X	M	M	P	X
Revelação de ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	P	X	N	P	P	X	M	M	N	X	M	M	P	X

Tabela 3

*Quadro representativo da avaliação da intervenção musicoterapêutica com o grupo C, com os seguintes critérios de avaliação: Muito (**M**), Pouco (**P**), Nada (**N**) e Deixou de frequentar as sessões (**X**), de acordo com a intensidade e a frequência da participação nas sessões no início e no final do período de intervenção.*

Nome	A.		C.B.		C.S.		F.P.		H.G.		D.D	
Data de Avaliação / **Intervenção**	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13	8.11.12	21.06.13
Participação em atividades instrumentais	M	X	M	M	M	M	M	M	M	M	P	P
Interação com o terapeuta musicalmente	M	X	M	M	M	M	M	M	M	M	P	P
Interação com o terapeuta verbalmente	M	X	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Revelação de estados de ansiedade nas sessões de musicoterapia	M	X	P	P	M	M	M	M	N	N	N	N
Revelação de estados de ansiedade fora das sessões de musicoterapia	M	X	P	P	M	M	M	M	P	P	N	N
Manifestação de comportamento hipoativo nas sessões de musicoterapia	N	X	N	N	N	N	N	N	N	N	M	M
Manifestação de comportamento hipoativo fora das sessões de musicoterapia	N	X	M	M	N	N	N	N	N	N	M	M
Assumem funções interventivas no grupo	N	X	M	M	N	M	N	M	N	M	N	N
Assumem funções de seguidores no grupo	M	X	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Revelação de ativação motora nas	M	X	M	M	M	M	M	M	M	M	P	P

sessões de musicoterapia												
Revelação de ativação motora fora das sessões de musicoterapia	M	X	M	M	P	P	M	M	M	M	N	N
Revelação de ativação emocional nas sessões de musicoterapia	M	X	M	M	M	M	P	P	M	M	N	N
Revelação de ativação emocional fora das sessões de musicoterapia	P	X	N	N	N	N	N	N	N	N	P	P